Health Canada Santé Canada

Departmental Program Evaluation Division

Division de l'évaluation des programmes ministérielle

Applied Research and Analysis Directorate

Direction de la recherche appliquée et de l'analyse

Information, Analysis, and Connectivity Branch

Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

TOBACCO DEMAND REDUCTION STRATEGY

EVALUATION FRAMEWORK

May 1995

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

The Departmental Program Evaluation Division provides objective information and advice on policy and program performance and works to strengthen departmental performance measurement and evaluation capacity in order to enhance the impact of Health Canada's activities on the health of the people of Canada.

La Division de l'évaluation des programmes ministérielle offre de l'information et des conseils objectifs sur le rendement des politiques et des programmes et s'efforce de renforcer la capacité du Ministère à mesurer et à évaluer le rendement afin d'accroître l'impact des activités de Santé Canada sur la santé de la population canadienne.

TOBACCO DEMAND REDUCTION STRATEGY

EVALUATION FRAMEWORK

Program Evaluation Division
Policy and Consultation Branch

May 1995

EXECUTIVE SUMMARY

This document presents the proposed evaluation framework for the evaluation of the Tobacco Demand Reduction Strategy (TDRS). The Strategy was originally allocated an amount of $185 million over three years to counteract the increase in tobacco consumption that was expected to follow the reduction in tobacco taxes. Health Canada was assigned the responsibility to implement the TDRS. There are four Branches involved: Health Programs and Services, Health Protection, Medical Services, Policy and Consultation. A draft of this document was circulated and discussed with TDRS program managers in January 1995. Comments received at this meeting and through subsequent discussions have been incorporated.

The framework provides:

(a) a description of the objectives of the TDRS and of the initiatives undertaken to achieve these objectives;

(b) the questions to be addressed by the evaluation in 1996-97;

(c) the indicators to be used to measure the achievements of the various initiatives under the Strategy; and

(d) the methodologies to be used as well as an estimate of the cost of the final evaluation.

The framework also provides an indication of the type of information that should be collected during the three years of the strategy. The availability of such information will save time and money at the time of the evaluation and, in addition, will help Branches assess the effectiveness of their own activities. In order to facilitate the evaluation, the Program Evaluation Division intends to work closely with Branches during 1995-96 to help them with project evaluations, data collection or any other evaluation related matters. It is proposed that the Program Evaluation Division continues to allocate resources during 1995-96 to work with Branches on matters related to the TDRS evaluation. These resources woud amount to approximately $100,000 ($50,000 for contract work and $50,000 for other operating expenses including salaries).

The proposed final evaluation will cost approximately $200,000. This amount includes $150,000 for contract work and $50,000 in salaries and other operating costs. It is recommended that the TDRS evaluation starts in May 1996 in order to be finished by January 31, 1997.

TABLE OF CONTENTS

CHAPTER 1: THE TOBACCO DEMAND REDUCTION STRATEGY 1

Introduction 1
The Objectives of the TDRS 1
The TDRS Target Groups 2
The TDRS Means of Intervention 4
TDRS Expected Results 6

CHAPTER 2: THE EVALUATION QUESTIONS 7

Strategic (Context) Issues 7
TDRS Specific Issues 8
Interventions Specific Issues 9
Legislation/Enforcement 9
Access to Information 9
Services and Programs 10
Support for Community Action 10
Mass Media Campaigns 11
Research 11
International Initiatives 11
Conclusions and Future Direction 11

CHAPTER 3: THE APPROACH TO THE EVALUATION 13

Process Analysis 13
Impact Evaluation 14
Outcome Evaluation 14
Indicators and Sources of Information 15
Methodology 16
Evaluation Plan and Cost 18

APPENDICES

APPENDIX A: THE COMPONENTS OF THE TDRS 30

104-00987/

LIST OF CREDITS

This framework was prepared by R. Pelletier, Evaluation Projects Manager, Program Evaluation Division, with the assistance of Tom Stephens of Thomas Stephens & Associates. Special thanks are extended to the following Health Canada officials who provided information on their respective involvement in the TDRS as well as comments on the earlier draft of the framework:

Bill Maga, Policy and Consultation Branch

Hank Schriel, Policy and Consultation Branch

Helen McElroy, Health Programs and Services Branch

Dawn Hachey, Health Programs and Services Branch

Murray Kaiserman, Health Protection Branch

Rachelle Ladouceur, Health Programs and Services Branch

Daniel Krewski, Health Protection Branch

Michelle Bourque, Medical Services Branch

Glenn Irwin, Health Programs and Services Branch

CHAPTER 1

THE TOBACCO DEMAND REDUCTION STRATEGY

Introduction

On February 8, 1994, the Federal Government formally launched a National Action Plan on Smuggling (NAPS). The Tobacco Demand Reduction Strategy (TDRS) was introduced, as part of NAPS, to counteract the increase in tobacco consumption that was expected to follow the reduction in tobacco taxes. An amount of $183 million was allocated over three years to the Strategy[1]. Health Canada was assigned the responsibility to implement the TDRS. The overall approach and the funding of the TDRS was approved by Treasury Board in August 1994.
A description of the TDRS as presented to TBS is provided in Appendix "A".

The TDRS is consistent with and strengthens the already existing National Strategy to Reduce Tobacco Use (NSTRTU). It maintains the government's commitment to the goals and objectives of the National Strategy, while providing for new initiatives in key directions defined by the National Strategy, including legislation; access to information; availability of services and programs; message promotion; community action; and, research and knowledge development.

The objectives of the TDRS[2]

The ultimate aim of the TDRS is, through programs, public education and enforcement, to minimize the anticipated negative impact of tax cuts on tobacco consumption, particularly in those groups most likely to initiate or increase tobacco use as a result of lower prices. In so doing, the TDRS seeks to create a climate that marginalizes tobacco products and supports all product users in their attempt to quit.

The success of the TDRS is seen as depending in large part "upon the extent to which all levels of government, communities, health groups, employers, women's groups, schools, and individuals join in the effort to change societal norms in a way that further marginalizes tobacco use."

The TDRS has been developed in a manner consistent with the goals of the National Strategy which are:

- to help non-smokers stay smoke-free;
- to encourage and help those who want to quit smoking to do so;
- to protect the health and rights of non-smokers.

In particular, the objectives of the TDRS include,

---

1 This amount was reduced to $115 million in February 1995.

2 The objectives of the TDRS as presented here are from the paper entitled Tobacco Demand Reduction Strategy: An Overview, prepared by the Policy and Consultation Branch in October 1994.

- minimizing the risk of an increase in tobacco consumption in those groups most likely to initiate or increase tobacco consumption because of lower prices,
- increasing the priority of tobacco control as a public health measure in Canada.

In addition, it is anticipated that the TDRS will:

- increase public knowledge of the dangers associated with tobacco product use;
- enhance public awareness of the health risks associated with environmental tobacco smoke;
- further denormalize the use and marketing of tobacco products.

The Department has identified 11 principles (see Figure 1) to provide a framework to better determine the types of initiatives that should be incorporated in the Strategy.

The TDRS Target Groups

Four broad target groups have been identified under the TDRS: youth; women; priority groups; and the public.

1. Youth

On a historical basis, smoking prevalence in the 15-19 age group declined from 46% in 1981 to 20% in 1991 but has increased since then to 26% in 1994. This group is also considered to be the most sensitive to the price of tobacco. It is believed that a reduction in price may encourage youth to either take up smoking or smoke more. Furthermore, it is within this age group that most people who become long term smokers start to smoke. Most components (media campaign, enforcement, women, Community Action Initiative, etc..) of the TDRS have youth among their target groups.

2. Women

Smoking among women has been declining less rapidly than among men and more teenage girls smoke than boys. The TDRS will particularly target women in what is considered high-risk groups, including teenage girls, low-income women, unemployed women, Aboriginal women, single mothers and women with low literacy skills.[3] In addition a pre- and post-natal initiative is to be specifically aimed at women of child-bearing age.

---

[3] These particular groups have been identified in Synthesis of the Literature on Priority Groups for Smoking Protection, Prevention and Cessation Programs, Diane Kinnon and Liz Hart, October 1994. The paper was prepared for the Tobacco Reduction Programs Unit, Health Promotion Directorate.

FIGURE 1
TDRS PRINCIPLES[4]

1. The Department is committed to reducing tobacco consumption to the lowest level possible.

2. Substantial effort must be placed on primary prevention, designed to keep children from ever entering the tobacco market.

3. Changes to the regulatory and social environment represent macro initiatives which have great potential to reach both novice and veteran smokers. The Department will therefore encourage a broad public discussion of policy options and seek to strengthen existing mechanisms that discourage tobacco use.

4. Health programs and policies should take a positive approach that avoids victim-blaming, and should support the marginalization of tobacco use. Anti-tobacco initiatives must also be sensitive to the socio-economic conditions in which the majority of remaining smokers live, and which may underlie their continued use of tobacco.

5. It is important to increase public awareness of the addictive nature of tobacco and the health effects of exposure to ETS.

6. Tobacco consumption has been decreasing but that decrease has been unevenly distributed across the population. A comprehensive tobacco use reduction plan should therefore include cessation programs, designed to encourage current smokers - especially those in priority target groups - to leave the tobacco products market.

7. A comprehensive tobacco prevention program should be planned and led by government in consultation with the existing organizations, agencies and individuals with the expertise and ability to protect the public's health from the dangers of tobacco use. The Department is, therefore, committed to broadening and facilitating partnerships in governments, non-governmental organizations, communities, health workers, employers, educators and families to achieve the tobacco use prevention, cessation and protection goals of the National Strategy.

8. The Department will direct its attention to gaps in services and research, building on existing structures in order to complement, rather than duplicate, the efforts of existing players.

9. As well as operating at the national level, departmental tobacco-related programming must be responsive to community needs and encourage active public participation through community-based action.

10 Departmental tobacco control programs must be accessible and sensitive to the social and cultural diversity of the Canadian population.

11 Evaluation and proven cost-effectiveness will be primary considerations for all Departmental tobacco control initiatives.

---

4 From Tobacco Demand Reduction Strategy: An Overview

3. **Priority Groups**

These are groups within which there continues to be high levels of smoking, that are hard to reach and that appear to have benefited least from past efforts to reduce tobacco consumption. These groups are immigrant youth, people with low income, itinerants, people with low literacy skills and aboriginal people.

4. **The Public**

In addition to the specific target groups mentioned above, the TDRS also aims at informing and influencing, directly or indirectly, public attitude and behaviour concerning tobacco smoking.

The TDRS Means of Intervention

The programs or means of intervention developed or to be developed under the TDRS can be grouped under seven categories:

1. **Legislation and Enforcement**

The Tobacco Sales to Young Persons Act (TSYPA), which came into force on February 8, 1994 prohibits the sale of tobacco products to people under 18, tobacco vending machines in public areas and imposes heavy financial penalties to anyone selling tobacco product to a person under 18. Health Canada is hiring full time inspectors to ensure the enforcement of the Act across Canada. Negotiations are being held with provinces concerning cooperative enforcement arrangements.

2. **Access to Information**

The TDRS provides additional funding to the National Clearinghouse on Tobacco and health to further facilitate dissemination and exchange of information on all aspects of tobacco.

3. **Services and Programs**

These are specific prevention, protection and cessation programs aimed at the specific TDRS target groups including priority groups. These programs are intended to be developed and implemented in cooperation or partnership with other organizations (schools, NGOs, businesses, unions, First Nations, etc..) or with professional groups (physicians, teachers,nurses, etc.).

4. **Support for Community Action Initiatives**

Funding has been made available under the TDRS to provide time limited funding (contributions) for local, regional and national projects that develop and strengthen the ability of communities and community-based organizations to identify and address tobacco issues. Funding will be directed toward projects that are consistent with the TDRS objectives and

target groups. The contributions are administered by the Health Promotion Contributions Program.

5. Mass Media Campaigns

National mass media campaigns are planned under the TDRS to deliver anti-smoking messages through television, radio, outdoor and indoor advertising and print media. The primary target group is youth aged 11-17, their parents/caregivers, opinion leaders and the general public. The overall objectives of the campaign are:

a) to move tobacco from a personal choice to a public health issue, thereby increasing motivation for quitting/abstaining, and increasing support for tougher public measures against tobacco use;

b) to increase pro health choices over smoking through greater respect for non-smokers' health, recognition of the toxic nature of tobacco products;

d) to build/strengthen powerful negative images of tobacco that linger in the minds of the largest audience, and surface when personal choice opportunities arise; and

e) to increase awareness for the role that retail outlets play in access of tobacco by minors.

Additional specific objectives are to continue to support Health Canada's Q4L/V100F program, to inform parents and opinion leaders about the health effects of ETS, the importance of measures to protect the health of non-smokers.[5]

6. Research

Part of the TDRS resources are also devoted to research. The purpose of research is to obtain more information on and a better understanding of the health effects of tobacco smoking, tobacco constituents and the characteristics and motivation of the smoking population. It is expected that the new information will help designing effective programs and legislation.

7. International Initiatives

Under the TDRS, Canada will undertake collaborative activities with other countries and support the World Health Organization in promoting the implementation and maintenance of tobacco control policies in other countries. The TDRS will also support specific research projects of international interest.

---

5 Social Marketing Campaign to Support the Tobacco Demand Reduction Strategy. A paper prepared for Health Canada by McKim Communications Limited, September 29, 1994.

TDRS Expected Results

Broadly speaking, the above TDRS interventions are intended to:

1. increase awareness of the negative health effects of smoking among the population in general and among the specific TDRS target groups;

2. decrease exposure of non-smokers to second hand smoke in public places, the workplace and the home;

3. discourage children and adolescents from taking up smoking and encourage those who smoke to stop;

4. help those who want to stop smoking by supporting the development and the provision of cessation programs;

5. enlist the active support of health professionals, employers, employees, educators, non-government organizations, etc. in the promotion of a smoke free environment;

6. facilitate access to, and use of, information on tobacco;

7. make tobacco smoking less acceptable socially;

8. make tobacco products more difficult to obtain, particularly by youth;

9. undertake research that will provide more information on all aspects of the tobacco issue.

11. increase the priority of tobacco control as a public health issue.

10. denormalize the the use and marketing of tobacco products.

These, however, remain means to the achievement of the underlying objective which is actual reduction in prevalence of smoking and tobacco use which, eventually, should lead to a smoke free society. In the long term, actual prevalence of smoking is the ultimate test for assessing the effects of anti-tobacco interventions.

It is realized that the TDRS is not an isolated effort and that success in each of the above areas will not be entirely attributable to the Strategy. Provinces already have, or are developing, anti-tobacco legislation and programs that will also have an impact on smoking behaviour. The challenge for the evaluation is to find evidence that the TDRS is contributing to the achievement of the overall objectives.

CHAPTER 2

THE EVALUATION QUESTIONS

The evaluation questions are the questions that will be asked about the Strategy at the time of the evaluation in 1996-1997. It is intended not only to answer questions about the overall success of the TDRS but also to identify the most cost effective interventions that form the part of the Strategy.

The questions are developed at three levels:

1. At the broad social context within which the TDRS is implemented (Strategic issues);

1. At the TDRS as a whole (TDRS issues);

2. At the level of each individual intervention (Intervention issues).

Strategic (Context) Issues

As mentioned previously, the TDRS is not an isolated effort and changes in the overall smoking situation will not be entirely attributable to the Strategy. However, the context or how the overall situation has changed will be an important factor in deciding on the future direction and importance of the TDRS.

1.0 Has the situation (social context) that existed at the introduction of the TDRS changed and in what way?

The answer to this question will provide the overall context which will be assessed on the basis of the following indicators:

1.1 trends in prevalence and amount of tobacco use in the population in general and, more particularly, among the TDRS specific target groups.

1.2 changes in provincial anti-tobacco legislation and municipal by-laws that protect non-smokers from ETS.

1.3 changes in awareness/knowledge of the dangers of tobacco smoking and of ETS among the general public and, more specifically, among the TDRS specific target groups.

1.4 changes in public attitude toward tobacco smoking in general.

1.5 changes in enforcement of legislation at the federal as well as the provincial level.

1.6 changes in smoking policies in schools, health facilities, daycare centers, restaurants and other places accessible to the public.

1.7 changes in exposure to ETS in the home, the workplace and public places.

1.8 increase the priority of tobacco control as a public health issues.

1.9 denormalization of tobacco consumption and the marketing of tobacco. products.

It will not be possible to attribute the changes to the TDRS but it will provide information on the extent to which, and in what direction, the overall context of tobacco smoking has changed. This, however, will not mean that the initiatives undertaken under the TDRS are not effective. There are many reasons that could explain why results of the TDRS initiatives may not be reflected in the macro statistics, e.g., not sufficient time elapsed for the initiatives to have their full impact, target groups addressed by the TDRS are too small to affect the overall statistics, changing people behaviour takes a long time.

2.0 In light of trends observed in smoking prevalence and amount smoked since the introduction of the TDRS, is there any evidence to support the basic assumption behind the TDRS, i.e., that a decrease in price leads to an increase in consumption?

2.1 To what extent did changes in price contribute to a change in smoking prevalence and consumption, particularly among young Canadians?

2.2 Can the difference in smoking prevalence and consumption among provinces be attributed to price differences?

TDRS Specific Issues

These issues deal with the implementation of the TDRS.

3.0 Has the implementation of the various components of the TDRS been consistent with the objectives of TDRS?

4.0 Have the 11 principles been respected in the design and implementation of the TDRS?

5.0 How and to what extend has the TDRS been coordinated with provincial and NGOs anti-tobacco activities?

6.0 Has evaluation been built in each of the TDRS intervention?

7.0 Has the TDRS built effectively upon services, programs, and other initiatives that existed prior to February 1994? For example, what use has been made of resources such as Quit 4 Life, Diary of a Teenage Smoker, Where There's Smoke..., Smoke- Free, PAL, Kids Decide, etc..?

8.0 Have the mass media promotion objectives and messages been consistent with, and supportive of, other TDRS interventions objectives?

9.0 Have the projects funded under the Community Support intervention been consistent with, and supportive of, other interventions objectives?

10.0 What has been the share of the total effort devoted to prevention, protection and cessation? Was this consistent with the original intent?

11.0 Are the TDRS objectives and interventions consistent with the other priorities and policies of the Department and of the federal government?

12.0 What other programs, policies and legislation of the federal government may have had an impact, positive or negative, on tobacco control?

Interventions Specific Issues

The next set of issues deal with individual federal interventions under the TDRS. Basically, these questions address the extent to which each initiative has been successful in achieving its objectives and in reaching the intended target group. For the purpose of this framework the initiatives are grouped under the seven categories of interventions described in Chapter 1: legislative/Enforcement, Access to Information, Services and Programs, Support for Community Action initiatives, Mass Media Campaigns, Research, International Initiatives.

Legislation/enforcement

13.0 Did legislative and regulatory actions under the TDRS contribute to making tobacco products more difficult to obtain?

- 13.1 Has enforcement of regulations under the TCPA increased? Has the TSYPA been enforced?
- 13.2 Has the TSYPA been effective in reducing sales to minors?
- 13.3 Have education materials been developed and disseminated for retailers and restaurateurs?
- 13.4 Has there been an increase in retailers' understanding of their obligations under the TSYPA?

Access to Information

14.0 What has been the contribution of the Clearinghouse to the objectives of the TDRS as a result of increased resources?

- 14.1 Did the non-federal members of the NSTRTU Steering Committee continue their contributions to the Clearinghouse during the life of the TDRS?

14.2 To what extent are the services being used and by whom?

14.3 To what extent is the Clearinghouse used to disseminate the information obtained through research?

Services and Programs

Under this category are initiatives designed for specific TDRS target groups such as pregnant women, youth and priority groups (immigrant youth, people with low income, Aboriginals, etc.). Programs and resource material to be developed may reach people directly or through health professionals, parents, tachers, caregivers or employers.

15.0 What has been the contribution of the services and programs directed at target groups to reducing tobacco use among these groups and in the population as a whole?

15.1 What resource material and/or programs have been developed for what target groups ?

15.2 How have programs/resource material developed for the identified target groups been implemented and used?

15.3 What programs/resource material have been developed to be used in the workplace, schools and places of public assembly and what is the actual use?

15.4 Were the resources material and/or programs developed on the basis of identified needs and have these needs been addressed?

15.5 Are there groups other than those identified in the TDRS that should have been targeted for programs and services because of their actual or potential high use of tobacco?

Support for Community Action

In this category are programs and projects funded through contributions to various community groups.

16.0 What have been the effects of community action projects funded through the TDRS?

16.1 What programs and services have been introduced through community action initiatives? What groups were targeted? What has been the share of the total devoted to promotion, protection and cessation?

16.2 To what extend have funded projects achieved their expected results? What have been their impact on their target groups?

16.3 Have the projects funded been consistent with the objectives and target groups of the TDRS?

16.4 Did the funded projects contribute to "capacity-building" at the community level?

Mass Media Campaigns

17.0 What has been the impact of media campaigns on target groups in terms of increased awareness, knowledge of the dangers of tobacco smoking and of ETS? What evidence is there of changing attitudes and behaviour?

17.1 What were the target groups addressed by the media campaigns and were these groups reached?

17.2 To what extent have the media campaigns increased awareness of the dangers of tobacco smoking and of ETS among target groups?

17.3 Has message promotion had a discernible impact on media and other opinion leaders (eg. editorial writers, columnists, talk show hosts)?

17.4 Have the observed changes in knowledge/awareness actually affected tobacco consumption?

17.5 Has message promotion been carried out in coordination with the other initiatives of the TDRS and with the provinces?

Research

18.0 Did the research funded through the TDRS provide useful information to plan and evaluate other components of the TDRS?

18.1 What research has been funded and why? What has been the share of share of research devoted to prevention, protection and cessation?

18.2 Was the information needed for designing programs, services, and message promotion of high quality, and was it provided in a timely fashion?

18.3 Is there evidence that the research results were used for designing programs, services, and message promotion?

18.4 Was the research initiative successful in collecting good quality data from all the priority groups?

International

19.0 What initiatives have been undertaken at the international level and what were the results?

Conclusions and Future Direction

20.0 Is there evidence of "collateral positive outcome" (i.e. protection measures may encourage cessation)?

21.0 What lessons have been learned from the TDRS experience and results to date?

22.0 In light of the results achieved through the TDRS, what methods of intervention are the most effective? Are there better ways to achieve the same objectives? What type(s) of interventions should be continued?

The next chapter explains in details the approach to be taken for the evaluation and Table 1, page 19, provides, for each question, the evaluation indicators, the sources of information and the methodology.

CHAPTER 3

THE APPROACH TO THE EVALUATION

Although the TDRS was inaugurated in February 1994, many of the Strategy's initiatives are still in relatively early stages of development. It is therefore not realistic to expect that every initiative will achieve its objectives by the end of the three year life of the Strategy. Since this can be anticipated in advance, it is important to consider what can be achieved by a formal evaluation of the Strategy, in order to temper expectations and maximize the value of the lessons to be learned. It is important at this stage to consider how conclusively each initiative can be evaluated within the next 2 years. Furthermore, much of the activities under the TDRS in 1994-95 consisted in planning and research. It takes considerable amount of time and energy to initiate such a strategy as the TDRS and a significant amount of time is likely to elapse between the date of the announcement and the actual implementation of specific programs or activities.

The evaluation is further complicated by the fact that the TDRS is being implemented in an environment where there are many other antismoking activities carried out by other jurisdictions. It is then next to impossible to isolate the contribution of the TDRS from the influence of these other factors. The evaluation, however, should be able to assess whether or not the departmental initiatives are achieving their own intermediate objectives.

Generally speaking, the evaluation will be carried out at three distinct levels:

1) process analysis
2) impact evaluation
3) outcome evaluation.

1. Process analysis

Analysis of administrative process consists, at a minimum, of documenting the population in need, the population reached, and the steps taken to reach them.

The **population in need**, in the context of the TDRS, may be smokers in the case of the cessation objective, or those exposed to smokers, in the case of the protection objectives or youth, in the case of the prevention objective. In addition to describing the size and nature of the population in need, the criteria for determining "need" should also be made explicit. The population in need serves as the denominator for later calculations of the population reached and the cost effectiveness of the program.

The **population reached** provides data fundamental to understanding impact since it describes the population exposed to the program or service being assessed. While there may be some early estimates made of program reach in order to plan the program and anticipated costs, the focus in evaluation is on those actually exposed, not simply those expected or eligible to be exposed. Ideally, they will be compared at a later stage to those not exposed, or exposed to a lesser degree. In general, an evaluation will benefit if the population reached can be described in terms of degrees of exposure rather than simply distinguished as exposed versus

not exposed. For example, the number of smoking cessation sessions attended is a more sensitive and useful indicator of program reach than just counting program participants and treating them all alike. Coverage is a term related to reach and is sometimes used to describe the proportion of those in need or eligible who were actually reached by a program.

All TDRS initiatives should be able to carry out a process evaluation. (Some projects, it must be acknowledge, have as their objective the determination of need for other initiatives). When combined with at least the rudiments of impact evaluation, process analysis is sometimes known as formative evaluation. As the term implies, the information gathered is particularly relevant to programs in their early stages. More than that, process analysis and impact evaluation are important for understanding the results of outcome (summative) evaluation.

3. Impact evaluation

Impact evaluation focuses on short-term and relatively immediate results of a program. Despite the short time frame, there is a clear distinction here between results and the process used to produce them.

In order to be useful to the overall evaluation requirement, impacts must be identified that are specific to the program under review. Thus "increased knowledge of the hazards of ETS for exposed preschoolers" is much more specific and suitable for evaluation than "increased knowledge of the hazards of smoking". For this purpose, information on degree of exposure and an unexposed comparison group are both invaluable.

As noted above, most TDRS initiatives should be able to carry out an impact evaluation.

4. Outcome evaluation

Outcome evaluation focuses on the extent to which objectives are obtained over the longer term. In the context of the TDRS, the major objectives of prevention, cessation and protection are common to many initiatives, and it is thus important for each initiative to identify how it has contributed to the respective objective. The most convincing means to achieve this is to seek indicators of prevention, cessation, and protection in the groups reached by the initiative compared to those not reached. However, this only provides a measure of efficacy - the effect of the program on those in need. Only with this information in hand is it possible to estimate cost-effectiveness, a criterion of program success that is singled out as a principle in the TDRS documentation.

As noted above, only a few initiatives may have matured enough to be susceptible to a formal outcome evaluation after the first three years of the TDRS. In most cases, this will be simply due to lack of time since the implementation of the program; however, in many cases, this will be further complicated by the absence of good baseline data and a genuinely comparable but unexposed comparison group.

Every initiative should be at least the object of a process evaluation. Most will develop sufficiently that an impact evaluation be conducted. In only a few cases is an outcome evaluation realistic.

Table 1 outlines, for each evaluation question, the appropriate indicators, the sources of information and the methodology for answering the question.

Indicators and Sources of Information

Following are examples of key indicators and sources of information used in Table 1.

Surveys results

Several surveys are being done under the TDRS. Some of them, such as the Survey of Smoking in Canada (SOSIC), survey the population in general while others are more specific (e.g., the Youth Survey, the Survey of Retailers, the Survey of Municipal Bylaws, etc.). The results of these surveys provide indicators on several issues addressed by the TDRS. For example, the extent of municipal bylaws restricting smoking in public places or of restrictive policies in schools, in health facilities or in the workplace is an indicator of protection against ETS. Reduction in points of sales and observance of the tobacco legislation may be considered indicators of prevention. Changes in these indicators will not be attributable to the TDRS alone but will provide an overview of the evolution of smoking and related issues in the broader social context.

Programs/projects outputs

These are products produced or delivered by the projects/programs. Examples are resource material, pamphlets, federal/provincial agreements, training courses, information kits, advertising messages, etc.. Generally, these outputs are intended to be used by, or impact on, specific target groups. Their production normally is only an intermediary step in objectives achievement. The evaluation will look for evidence that these products have reached their target groups and are being used as intended.

Populations reached

A necessary condition for the success of any initiative designed to impact on people is that the initiative actually reached the intended audience or target group. The definition of population may vary depending on the initiative; it may be professionals for resource/training material, retailers for information on legislation or for inspection activities, youth for school-based interventions, etc. This type of information will come from project documentation and any study made by the organization responsible for the initiative.

Programs/projects impacts

These are indicators that provide evidence that the initiative is having the desired impact on the target population. The number of people attending smoking cessation programs, number of people trained, changes in awareness/knowledge in target population, actual use of products, compliance of retailers to the legislation, are examples of impact. The information on these indicators should be collected by the organizations responsible for the programs or projects concerned.

Community based projects impacts

The evaluation will look for evidence that community-based projects funded under the TDRS are achieving their objectives. Each completed project should be able provide basic information such as outputs produced, population reached, evidence of success, other sources of funding, client satisfaction, etc.. This information should normally be included in the project evaluation.

Experts and/or key informants opinions

Opinion from experts or from well informed people may be used in cases where hard data is not available or non-quantifiable information is needed. For example, expert opinion constitutes an appropriate method to address such issues as the appropriateness and quality of research undertaken, the appropriateness of the objectives pursued and/or the processes put in place, the interpretation of research, etc. Experts and key informants can often provide information that is not readily available from another sources.

Use of/dissemination of research results

Actual use of research results and findings for program and/or policy development is an indicator of the relevance and usefulness of the research undertaken. Gaps in knowledge filled by research also constitute an indicator of the usefulness of research undertaken. This is why it is important that the reasons why research was undertaken be documented. Sources of information for these indicators, in addition to research initiators, will be the intended end users such as program managers and policy makers, experts and key informants.

Each Branch should make every effort to collect project information such as number and type of people reached, quantities of material distributed and to whom and an evaluation plan should be part of major projects. In addition to facilitating the TDRS evaluation this will help demonstrate the effectiveness of Branche's activities. In general, the evaluation does not require the collection of information that is not useful to program management. The Program Evaluation Division will be available to help Branches determine the most appropriate type of evaluations for individual projects, will review the results of evaluations conducted by Branches and will address questions not addressed by the Branches.

Methodology

Following is a brief description of the methodologies to be used:

Statistical analysis

Much of the research and data collection necessary for the evaluation is, or will be, collected through surveys and projects already funded through the TDRS. The results of these projects will either provide baselines or rationale for programs/activities undertaken. The purpose of the analysis will be to provide the decision makers with a snapshot of the situation in terms of macro data such as prevalence, consumption, awareness/knowledge, exposure to ETS,and

other indicators specified for question 1. The analysis will provide information on the evolution of these indicators since the introduction of the Strategy. As to individual initiatives, it will be possible to provide a before and after comparison only in those cases where data has been collected in 1994 and will be collected again in 1996. In many cases, however, data will have been collected only once (e.g., the Youth Survey or surveys of specific priority groups) during the life of the Strategy. Other sources of data (e.g., provincial data) may also be used whenever appropriate.

Expert Panel

It is proposed to use expert opinion to address such issues as the appropriateness and quality of research undertaken, the appropriateness of the objectives pursued and/or the processes put in place, the interpretation of evaluation findings and recommendations for future action. Every effort will be made to select experts who have not been actively involved in the TDRS.

Interviews with Key Informants

Key informants are people who have an in-depth knowledge of specific issues, programs, target groups, etc. They may be stakeholders, provincial or NGO representatives, Health Canada or other federal departments officials, program clients and private sector representatives. They will be selected on the basis of the expertise or knowledge they have of specific TDRS issues or because of their decision-making authority in relation to antismoking policies and programs (e.g., senior departmental or provincial officials). Key informants to be interviewed will be selected in consultation with the TDRS program managers and will be interviewed as part of the evaluation of individual initiatives.

Case Studies and client surveys

These methodologies will be used primarily in the case of projects funded under Community Action. The evaluation will consist in examining the projects funded under the TDRS. The evaluation will look for evidence of objectives achievement, population reached and contribution to "capacity building" at the community level. Project reports and evaluation will be used as a source of information. A sample of projects will be selected for case studies. A survey of fund recipients and of projects clients may also be done if information is not otherwise available.

Document Reviews

Program documents constitute a critical source of information for any evaluation, particularly in the case of process and impact evaluations. Key documents are written documents related to the planning, approval and implementation of a program. Good program documentation saves a lot of work for program evaluators as well as for program staff at the time of evaluation.

Evaluation of individual initiatives.

Each individual component of the TDRS will be the object of an evaluation. The type and intensity of project evaluations will largely depend on the stage of development of individual projects at the time of evaluation; in some cases, only process evaluation may be possible but it is expected that an impact evaluation will be carried out in most cases. In all cases, the evaluation process will involve reviews of program documents, progress reports, review and analysis of administrative data and interviews with program staff. The evaluation may be completed by interviews with key informants if necessary.

Evaluation Plan and Cost

PED will allocate one half of FTE in 1995/1996 and one half FTE 1996/97. During the course of 1995-96, the Program Evaluation Division (PED) will work with program areas to collect information on programs as they develop so that history will not have to be reconstructed at the time of the evaluation. PED will also be available to assist program management with evaluation of individual projects. The total cost of the final evaluation is estimated at $200,000 including contract work, salaries to PED staff and other expenses such as travel, printing, etc. The cost of contracts to external consultants is estimated at $150,000. In addition, resources to be allocated to the TDRS during 1995-96 by PED is estimated at $100,000 including salaries and approximately $50,000 for contract work.

In order to be able to provide information sufficiently in advance for decisions to be made in winter 1997, the evaluation should be completed by January 31, 1997. Consequently, the workplan is a follows:

Milestones	Completion Date	Contracts
Terms of reference approved	May 1996	
Statistical Analysis	September 1996	$25,000
Evaluation of community projects	October 1996	$50,000
Evaluation of individual initiatives	October 1996	$50,000
Expert Panel	November 1996	$25,000
Report writing	December 1996	
Final report completed	January 31, 1997	
TOTAL		**$150,000**

TABLE 1. Evaluation Questions, Indicators, Sources of Information and Methodology

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
1.0 Social Context			
1.1 Trends in prevalence & consumption among target groups and public.	Changes in prevalence & consumption in population, target groups, provinces.	SOSIC (Survey of Smoking in Canada), Cycle 1 to 4; SOSIC Cycle 5 (?); National Population Health Survey (NPHS); Youth Survey; Other surveys of specific target groups.	Analysis of survey results by age groups, socio-economic characteristics, province (tax cut vs no tax cut).
1.2 Changes in prov. legislation and municipal by-laws.	New provincial legislation & municipal bylaws introduced since January 1994.	Existing provincial legislation; Bylaws: HPB survey (1991); HPB surveys of municipal bylaws; Other sources.	Review of provincial tobacco legislation; Analysis of HPB surveys; Review of other information.
1.3 Changes in awareness & knowledge of dangers of tobacco and ETS.	Changes in awareness & knowledge of risks in population & target groups.	SOSIC, Cycle 3; SOSIC Cycle 5 (?); NPHS; HPSB tracking surveys; EKOS Survey of parents and extended families; Price Waterhouse survey of daycare providers.	Analysis of survey data.
1.4 Changes in public attitude toward tobacco.	Public acceptance of restrictions & anti-tobacco interventions; Negative perception of smoking.	SOSIC, Cycle 3; NPHS supplement on warnings (1994); Ontario data on taxes (1990), and interventions (1993). HPSB tracking studies; SOSIC Cycle 5 (?).	Analysis of survey data.

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
1.5 Enforcement of federal and provincial legislation.	Federal and provincial enforcement mechanisms in place and implemented. (See Ques. 13)	HPB Agreements with provinces HPB data on enforcement. (See Ques. 13)	Analysis of HPB and provincial data on inspection and compliance. (See Ques. 13)
1.6 Changes in smoking policies in public places.	Extent of smoking policies in schools, daycare, health care facilities, private sector public places.	Goss Gilroy Survey (HPSB), May 1995.	Analysis of survey results.
1.7 Changes in exposure to ETS in the home, workplace and public places.	Number of people: - reporting working in places with restrictive smoking policies; - in a smoke-free home. Also indicators in 1.6.	SOSIC Cycle 2; NPHS; HPSB tracking studies; Goss Gilroy Survey (HPSB); HPB surveys of municipal bylaws; EKOS Survey.	Analysis of survey/studies results.
1.8 Increased priority of tobacco control as a public issue?	Senior federal and provincial and municipal officials involvement (formal meetings, agreements); Provincial legislation and policies; Municipal bylaws.	Federal/provincial agreements; Federal/provincial discussion; Provincial legislation; Survey of municipal bylaws.	Document reviews; Expert Panel: Interviews with key informants; Analysis of survey results: Survey of provincial legislation.
1.9 Tobacco consumption and marketing of tobacco products denormalized?	Negative public opinion concerning tobacco consumption; Voluntary refusals of of tobacco company sponsorship funds.	SOSIC; Tracking studies; Other Public opinion surveys; Sport and Cultural Organizations.	Rveiew of survey results; Key informants; Sudy of sport and cultural events sponsorships.
2.0 Tobacco Price			

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
2.1 Relationship between price reduction and tobacco use.	Tobacco price cited as a reason for change in smoking behaviour; Tobacco sales; Studies on price elasticities.	Ferrence et al., 1989; canadian and international literature; Tobacco domestic and international sales; HPB Econometric study; SOSIC Cycles 1-4;	Statistical analysis; Literature review; Expert opinion.
2.2 Provincial and age group differences in smoking prevalence and consumption.	Prevalence and consumption by province & target groups from 1994 to 1996.	SOSIC, Cycle 1-4.	Data analysis; Analysis of consumption and tobacco price.
TDRS Specific Issues			
3.0 Individual initiatives consistent with overall objectives?	Logical link between overall and individual initiative objectives, target groups, expected results and programming.	Departmental and individual initiatives planning documents; Program staff; Health Canada Senior Officials.	Review of departmental and program documents; Interviews with program staff and senior officials.
4.0 TDRS principles respected?	Consistency between TDRS implementation and principles.	Program documents; Departmental officials; Provincial officials; Key Informants;	Document review; Interviews with departmental and provincial officials and key informants; Analysis of results to other questions.
5.0 TDRS coordinated with provinces and NGOs?	Evidence of consultations and coordination with provinces and NGOs;lack of duplication; complementary activities.	Program documents; Records of federal/provincial meetings; Departmental and provincial officials; Key informants.	Document review; Interviews with departmental and provincial officials; NGOs and Key informants.
6.0 Evaluation part of every component?	Actual evaluation plans built in projects/initiatives.	Program documents.	Review of projects/initiatives plans and implementation.

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
7.0 TDRS built upon pre-existing initiatives?	Use of pre-TDRS programs, resource material and services.	Inventory of pre-TDRS programs and services.	Review of new initiatives.
8.0 Media promotion objectives and messages consistent with, and supportive of, other TDRS components objectives?	Campaign target groups consistent with other components target groups; Messages content consistent with TDRS objectives.	Program documents; Program staff; Other components staff; Key informants.	Document review; Interviews with departmental officials; Interviews with key informants.
9.0 Was the TDRS supported by community initiatives?	Funded projects consistent with TDRS objectives and intended results.	Funded community projects.	Review of funded projects.
10.0 Share of effort on prevention, protect-ion, cessation?	% of TDRS funds allocated to projects on prevention, cessation, protection.	TDRS overall budget allocation; FinancialL reports; TDRS contracts; Program documents.	Analysis of TDRS budget and expenditures by project/initiative.
11.0 TDRS consistent with other Dept'l and fed. gov. policies and priorities?	Health canada priorities and policies; Federal government health related policies.	Health Canada's policy and priority statements; Other Departments; Key informants.	Document review; Key informants interviews.
12.0 Other federal measures that have impacted tobacco control?	Policies in Agriculture, trade, industry, sports, and culture affecting cultivation, manufacturing, marketing.	Other departments; Key informants; Departmental officials.	Identify and review other federal policies. Interviews with departmental officials and key informants.
13.0 Legislation			

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
3.1 Tobacco legislation enforced?	# of inspections, citations, municipalities licensing vendors, provinces enabling such licensing.	HPB administrative and/or provincial data on inspection and compliance from 1994 to 1996.	Data analysis.
13.2 Sales to minors reduced?	Retailer response to deliberate attempts by minors to purchase cigarettes.	2 studies in 1992 covering 5 cities in Quebec & Ontario[6]; HPB compliance survey.	Analysis of survey results.
13.3 Education materials for retailers, restaurateurs?	Availability and distribution of material.	Program documents; HPB administrative data; Program staff.	Document review; Interviews with program staff.
13.4 Retailer knowledge of TSYPA	Actual retailer knowledge of their obligations under TSYPA.	HPB Tobacco Retailer Survey.	Analysis of survey results.
14.0 Access to Information			
14.1 Pre-TDRS funding maintained for NCTH?	Amount of funding by non-federal organizations (e.g. provinces and NGOs) before and after 1994.	NCTH Annual Reports, pre-1994; NCTH financial data; NCTH staff; Provincial officials.	Review of NCTH financial information; Interview with NCTH staff; Interview with provincial officials (e.g. members of National Steering Committee).
14.2 Use of NCTH and by whom?	# clients, affiliation, type of material requested, usefulness of materials; Client satisfaction with services.	NCTH administrative data on client requests, material distributed, etc.; Clients of the NCTH.	Data analysis; Survey of NCTH clients.

[6] See *A Guide for Tracking Progress on the Objectives of the National Strategy to Reduce Tobacco Use in Canada, note 18.*

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
14.3 Use of NCTH for dissemination?	Awareness and use of NCTH by knowledge producers and users; Use of NCTH to disseminate departmental information and resource material.	NCTH inventory of available material; NCTH staff; NCTH documentation; Health Canada officials; NCTH clients.	Review NCTH inventory; Survey of clients; Interview with NCTH staff; Health Canada officials and key informants.
15.0 Services and Programs			
15.1 What resource material and/or programs were developed for what target groups?	Existence of programs, services and resource material for specific target groups; Clear definition of target groups, needs and expected results; Description of implementation or distribution processes.	Program documentation identifying target groups; Actual program, services and/or resource material developed; Implementation/progress reports; Program staff.	Document review; Progress report; Interview with program staff; Interviews with key informants.
15.2 Materials/programs reaching, and/or used by, target groups?	Evidence that resource material and/or programs are reaching target groups; Evidence of used and achievement of intended results (e.g., skills developed, material used in smoking cessation programs, # of people attending cessation programs, etc..).	Program documents; Actual resource material; Actual degree of implementation; Program staff; End users; Results of built in evaluations (when available).	Document review; Program progress report; Survey of end users.

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
15.3 Materials/programs for the workplace, schools and place of public assembly?	Actual material/programs developed, material distributed, actual use.	Program documentation; Administrative data; Progress reports; Program staff; End users (e.g. health care professionals, caregivers).	Document review; Interviews with program staff; Survey of end users.
15.4 Resource material and programs developed based on identified needs?	Needs as evidenced by: - TDRS sponsored research or research done by others. - Prevalence, amount smoked, readiness to quit, health impact, trends over time.	National surveys; TDRS specific research on high risk groups and other tobacco related issues; Literature; Program staff; Key informants.	Review of TDRS funded research; Literature review; Analysis of finding from various survey; Program reach versus populations in need.
15.5 Any group missed by the TDRS?	Smoking prevalence and consumption among various target groups.	TDRS and other surveys; Literature; Key informants.	Analysis of survey results; Literature review; Key informants interviews.
16.0 Community Action Projects			
16.1 Programs/services introduced? Share to prevention, protecton, cessation? Groups targeted?	Materials/programs developed; $ allocated to projects on prevention, cessation, protection.	Review of programs/services as of 2/94.	Inventory of programs and services from 2/94 through 3/97.

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
16.2 Intended population reached by projects? Impact of these projects on specific target groups?	Number and characteristics of people reached by projects; Project results (for instance, in smoking cessation project, # of participants, % attempting to quit, % succeeding).	Individual project reports and evaluations; Projects leaders, stakeholders and clients; Program documentation; Program staff.	Review of project reports and evaluations; Survey of project leaders and clients or case studies; Interviews with program staff; Key informants interviews.
16.3 Projects consistent with TDRS objectives?	Projects stated objectives and expected results.	Project proposals; Project reports; Project implementation vs plan.	Review of project proposals (funded projects); Review of project reports.
16.4 Contribution to "capacity-building"	New models of delivery; new partnerships developed; # of projects continuing after federal funding; skills developed; replication of successful models.	Individual project reports and evaluations; Projects leaders, stakeholders and clients; Program documentation; Program staff.	Review of project reports and evaluations; Survey of project leaders and clients or case studies; Interviews with program staff; Key informants interviews.
17.0 Media Promotion			
17.1 Did the media campaign reached its target groups?	% of people having seen the advertising by age group and other characteristics.	HPSB tracking surveys.	Data analysis.
17.2 Did the campaign have the desired impact on target groups?	Responses to questions on the effects of advertising in tracking surveys; Requests on 800 number.	HPSB tracking studies	Analysis of survey results over time.

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
17.3 Impact of TDRS on media and other opinion leaders?	Comments, editorials and articles on TDRS and tobacco issues (restrictions, taxes, tobacco industry). Attitude and opinion of other opinion leaders (as per tracking surveys).	Selected printed and electronic media; Tracking surveys; Key informants.	Content review and analysis of selected printed and electronic media; Analysis of tracking surveys data; Key informants interviews.
17.4 Did the campaign have any effect on consumption?	Media campaign cited as a reason for changing smoking behaviour.	SOSIC Cycle 1 (4/94) on reasons for changing behaviour since 1/94; Tracking surveys; NPHS supplement on sources of information (1994); SOSIC Cycle 5 (?); Literature.	Statistical analysis of survey data; Literature review.
17.5 Campaign coordinated with other initiatives and provinces?	Timing and messages consistent with messages and implementation of other TDRS components.	Program documents; Media campaign content and timing.	Document review; Interviews with key informants; Interviews with program staff.
18.0 Research			
18.1 Research funded and why? Share devoted to prevention, protect-ion, cessation?	$ allocated to projects on prevention, cessation, protection.	Program documents; Project descriptions; Program staff.	Review of research projects; Analysis of projects financial information; Interview with program staff.

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
18.2 Was the information needed and of high quality, timely?	Expert opinion on research gaps, research conducted and results; research completion vis-a-vis needs of programs/services.	Programs documents; Experts; Key informants; Program staff; Project reports.	Expert panel; Review of project results; Interviews with key informants and program staff.
18.3 Research information used for program and or policy development?	Awareness and use of project results by program managers and policy makers.	Program documents; Program staff and policy makers.	Interview with program managers and policy makers.
International			
19.0 What initiatives have been undertaken at the international level and what were the results?	Projects funded; Resource material and expertise provided; Participation to international meetings.	Program documents; Research reports; Key informants; Program staff.	Document review; Interviews with key informants; Interviews with program staff.
Conclusions and Future Directions			
20.0 Collateral positive outcome ?	Synergy of outcomes among main TDRS objectives, eg. protection measure encouraging cessation.	Key informants; TDRS surveys; Literature.	Key informants interviews; Analysis of surveys; Literature review.

EVALUATION QUESTIONS	INDICATORS	SOURCES OF INFORMATION	METHODOLOGY
21.0 Lessons learned ?	Key informants opinions; Evaluation results; Program staff opinions.	Key informants; Program staff; Analyses of other questions.	Interviews with key informants; Analysis of evaluation results; Interviews with program staff.
22.0 Best method of intervention? Better ways of achieving objectives?	Evaluation findings from other questions; Expert opinion.	Experts; Key informants; Program staff; Evaluation reports on the other questions.	Expert panel; Interviews with key informants; Analysis of other questions evaluation results.

APPENDIX "A"
THE COMPONENTS OF THE TDRS

Following is a description of the Tobacco Demand Reduction Strategy as it was originally submitted to the Treasury Board in August 1994.

The Strategy has five broad components:

Youth
High Risk Women
Hard to reach Groups
Broad based initiatives
Evaluation and coordination.

A list of the various components and sub-components, along with the resources allocated to each, is presented in Table A.1.

Following is a brief description of each sub-component. For a full description of the TDRS, the reader is referred to the paper entitled Tobacco Demand Reduction Strategy: An Overview, prepared by the Policy and Consultation Branch.

A. Youth

A major part of the TDRS resources will devoted to programs aimed at 10-19 age group. Smoking prevalence among this age group is increasing. On a historical basis, smoking prevalence in the 15-19 age group declined from 46% in 1981 to 20% in 1991 but has increased since then to 26% in 1994. This group is also considered to be the most sensitive to the price of tobacco. A reduction in price may encourage youth to either take up smoking or smoke more. Furthermore, it is within this age group that most people who become long term smokers start smoking.

1. <u>ETS/Family Resources</u>

The objective is to foster environmental changes that make smoking less convenient, quitting easier and exposure to sidestream smoke less likely. The TDRS will include programs to increase public awareness of health effects of tobacco

smoke on non-smokers, especially infants and young children, and to influence employers to adopt smoke-free workplace policies.

2. <u>The Youth Smoking Survey</u>

This is a national survey of youth aged 10 to 19. The objective is to obtain information on attitudes and behaviour of this age group towards smoking

3. **School Education Programs**

The TDRS provides funding for the development and implementation of school-based anti-smoking programs and the development of in-service training programs to support effective program delivery by teachers, public health nurses and parents.

4. **Constituents and Standards**

A study will be conducted to determine changes in the concentrations of toxic species from the time the tobacco is harvested until the final product is sold to the consumer.

The findings of the study is expected provide a better understanding of toxic constituents of tobacco and tobacco smoke so that smokers and non-smokers can be better informed.

5. **Packaging Analysis**

Health Canada is funding a study to evaluate the role of packaging and its impact on consumers, with particular reference to the link between packaging and smoking up-take by young persons.

B. Women

6. **Women and Tobacco**

Between 1995-97, the Women and Tobacco Initiative intends to focus on developing, evaluating and disseminating tobacco prevention and cessation information, programs and resources to help more Canadian women become and remain tobacco free.

A particular focus is to be put on women most susceptible to smoking: teenagers, women with low income and education levels, women who are single parents, women living in isolated communities, Francophone, Aboriginal and immigrant women.

7. **Pre- and post-natal**

Resources will be used for the development of new and innovative smoking prevention and cessation programs and for the development and dissemination of written materials and other resources to support the birth of healthy babies and provide a smoke-free environment for the infant.

C. Priority Groups

8. **Priority groups**

This program component will target special groups within which there continues to be high levels of smoking, that are hard to reach and that appear to have benefited least from past

efforts to reduce tobacco consumption. These groups are youth immigrants, people with low income, itinerants, people with low literacy and aboriginal groups.

The objective is to increase awareness of health effects of tobacco use and of alternate coping mechanisms for addictive behaviours.

D. Broad Based Initiatives

9. **National Clearinghouse**

The National Clearinghouse on Tobacco and Health is supported by provincial, territorial and federal governments and non-governmental agencies. The TDRS increased federal funding for the Clearinghouse during the life of the Strategy to a total of $4.3 million over three years.

10. **Community Action Initiatives**

The TDRS also aims at encouraging, through contribution funding, the development and implementation of community-based tobacco programming and activities, both for the general population and for priority groups. A substantial part of the TDRS funding is devoted to this initiative.

11. **Public Awareness and Media Campaign**

In the area of message promotion, the TDRS provides for a National Mass Media Campaign to deliver anti-smoking messages through television, radio, outdoor and indoor advertising and print media, in partnerships with the province/territories, national non-governmental organizations and the private sector.

The primary target group is youth aged 11-17, adult Canadians and opinion leaders (teachers, health professionals, business and union leaders). Media will also be used to reach other target groups such as pregnant women, aboriginal groups, etc..

The aim is to a) inform young Canadians of the benefits of not smoking; b)position non-smoking as the social norm; and c) help young people resist the pressure to smoke.

12. **Enforcement of Tobacco Legislation**

In February 1994, the Federal Government passed the Tobacco Sales to Young Persons Act (TSYPA) which raised the legal age for buying tobacco from 16 to 18, and increased penalties to retailers for non-compliance.

Under the TDRS, law enforcement will be stepped up by hiring and training new inspectors who will work exclusively on tobacco law enforcement. The Department is also negotiating

cooperative law enforcement agreements with provinces and other interested organizations to complement federal activities.

13. **Research**

To refine existing programs or develop new ones, and to provide the scientific basis for future policy development and possible future regulatory or legislative initiatives, the TDRS is funding an array of research projects with a focus on behavioral, economic and policy research.

14. **International Component**

Part of the resources under the TDRS will be devoted to strengthen Canada's international participation in international anti-smoking activities.

E. Coordination and Evaluation

15. **Monitoring**

The monitoring of Tobacco consumption has been contracted to Statistics Canada to closely monitor the changes in consumption patterns during the 12 month period following the announcement of the TDRS . The purpose is to provide detailed short-term data by age, sex and region and possibly support adjustment to the different program initiatives.

16. **Evaluation**

The Department is developing an evaluation framework to provide for a full evaluation of the TDRS in 1996-97, its third and final year. The long-term objective of the TDRS evaluation is to achieve the most efficient allocation of resources to accomplish the maximum prevention and reduction in tobacco use. Ongoing evaluation will provide decision- makers and program participants with cost-effectiveness feedback to allow for the possible reallocation of funds both within and between programs as needed.

17. **Coordination and Support**

The Department is committed to developing, where feasible, national priorities, solicitation mechanisms and joint review process of initiatives under the TDRS in consultation with provincial/territorial, national and provincial health groups, academic institutions and other key stakeholders.

TABLE 1 - THE TOBACCO REDUCTION STRATEGY - SUMMARY OF STRATEGY INITIATIVES
In $ millions

COMPONENT	1994-95	1995-96	1996-97	3-YEAR TOTALS
A. YOUTH				
1. ETS/Family Resources(HPSB)	0.600	3.250	2.400	6.250
2. Youth Smoking Survey (HPB)	1.200	0.500	0.000	1.700
3. School Programs (HPSB)	0.450	1.500	2.050	4.000
4. Constituents and Standards	0.900	0.200	0.000	1.100
5. Packaging Analysis	0.350	0.000	0.000	0.350
YOUTH SUB-TOTAL	**3.500**	**5.450**	**4.450**	**13.400**
B. WOMEN				
6. Women and Tobacco (HPSB)	2.410	3.010	3.080	8.500
7. Pre and Post-natal Campaign (HPSB)	0.500	0.750	0.750	2.00
WOMEN SUB-TOTAL	**2.910**	**3.760**	**3.850**	**10.500**
C. HARD TO REACH GROUPS				
8. Hard to Reach Groups (HPSB & MSB)	2.740	6.060	4.700	13.500
D. BROAD-BASED INITIATIVES				
9. National Clearinghouse (HPSB)	1.300	1.400	1.600	4.300
10. Community Action Initiatives (HPSB)	7.554	28.935	21.780	58.269
11. Public Awareness & Information Campaign (HPSB)	8.240	19.460	17.300	45.000
12. Enforcement of Tobacco Legislation(HPB)	4.097	6.277	6.072	16.446
13. Research (HPB & MSB)*	1.215	4.305	4.105	9.625
14. International Component (PCB)	0.675	1.130	1.030	2.835
BROAD-BASED SUB-TOTAL	**23.081**	**61.507**	**51.887**	**136.475**
E. EVALUATION AND COORDINATION				
15. Monitoring (PCB)	1.000	0.300	0.000	1.300
16. Evaluation Component (PCB)	0.420	0.340	0.640	1.400
17. Coordination and Support (incl. Legal Services)	2.349	1.959	1.767	6.075
EVALUATION & COORD. SUB-TOTAL	3.769	2.599	2.407	8.775
TOTAL PER YEAR	**36.000**	**79.376**	**67.274**	**182.650**
July 19, 1994				
* Other initiatives include research components				

Health Canada Santé Canada

Evaluation Group

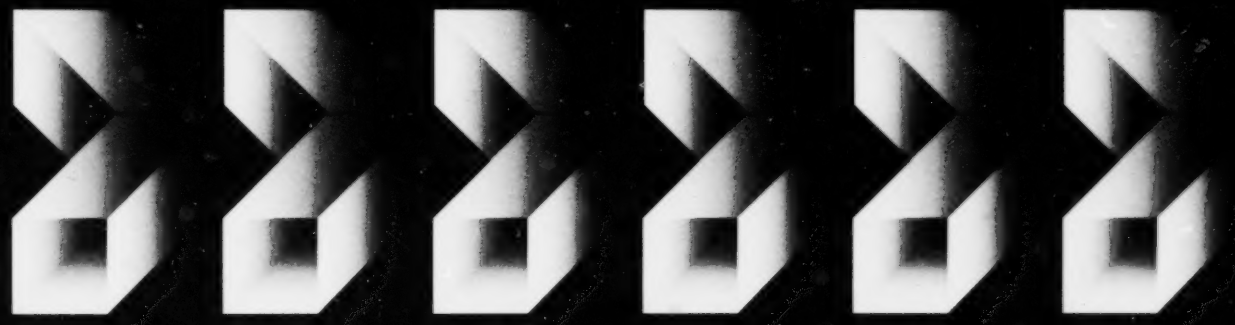
Strategic Planning and Review Directorate

Policy and Consultation Branch

Groupe de l'évaluation

Direction de la planification stratégique et de l'examen

Direction générale des politiques et de la consultation



STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC

CADRE D'ÉVALUATION

Mai 1995

Canada

MISSION STATEMENT

The Evaluation Group helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le Groupe de l'évaluation aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC

CADRE D'ÉVALUATION

Division de l'évaluation des programmes
Direction générale des politiques et de la consultation

Mai 1995

SOMMAIRE

Le présent document présente le cadre d'évaluation qui a été proposé pour évaluer la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT). Au début, un montant de 185 millions de dollars, réparti sur trois ans, avait été affecté à la Stratégie, parce qu'on s'attendait à ce qu'il y ait une plus forte consommation de tabac par suite de la réduction des taxes sur le tabac. Santé Canada s'est vu confier la charge d'exécuter la Stratégie. Quatre directions générales participent à cette activité : Programmes et services de santé, Protection de la santé, Services médicaux, ainsi que Politiques et consultation. Nous avons diffusé une version provisoire de ce document et en avons discuté, en janvier 1995, avec les gestionnaires des programmes de la Stratégie de réduction de la demande de tabac. Nous avons incorporé dans le texte les observations qui ont été faites à ce moment et au cours de discussions ultérieures.

Le cadre comporte les éléments suivants :

a) Une description des objectifs de la Stratégie et des initiatives qui ont été prises pour réaliser ces objectifs;

b) Les questions à étudier au cours de l'évaluation en 1996-1997;

c) Les indicateurs à utiliser pour mesurer les résultats des diverses initiatives rattachées à la Stratégie;

d) Les méthodes à employer, ainsi qu'une estimation du coût de l'évaluation finale.

Le cadre précise aussi le genre de renseignements qu'il faudrait recueillir aux cours des trois années que durera la Stratégie. Ces renseignements permettront d'épargner temps et argent au moment de l'évaluation; en outre, ils aideront les directions générales à évaluer l'efficacité de leurs activités. Pour faciliter l'évaluation, la Division de l'évaluation des programmes compte travailler en étroite collaboration avec les directions générales au cours de l'exercice 1995-1996, pour les aider à effectuer l'évaluation de leurs projets, la collecte des données ou toute autre opération liée à l'évaluation. Il est proposé que la Division de l'évaluation des programmes continue de verser les ressources nécessaires en 1995-1996 pour collaborer avec les directions générales sur les questions qui ont trait à l'évaluation de la Stratégie. Ces ressources s'élèveraient à environ 100 000 $ (soit 50 000 $ pour les travaux faits par contrat et 50 000 $ pour les autres dépenses de fonctionnement, dont les salaires).

L'évaluation finale qui est proposée coûtera environ 200 000 $. Cette somme comprend 150 000 $ pour les travaux faits par contrat et 50 000 $ pour les salaires et les autres frais de fonctionnement. Il est recommandé que l'évaluation de la Stratégie commence en mai 1996, pour se terminer au plus tard le 31 janvier 1997.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPÎTRE 1: LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC

Introduction 1
Objectifs de la SRDT 1
Groupes cibles 2
Moyens d'intervention 5
Résultats escomptés 7

CHAPÎTRE 2: LES QUESTIONS D'ÉVALUATION 9

Questions stratégiques (contexte) 9
Questions sur la SRDT 11
Questions sur les interventions 11
Application et exécution de la loi 12
Accès à l'information 12
Soutien à l'action communautaire 13
Campagnes médiatiques 14
Recherche 14
Initiatives internationales 15
Conclusions et orientations futures 15

CHAPÎTRE 3: MODE D'ÉVALUATION 16

Analyse du processus 16
Évaluation de l'impact 17
Évaluation des résultats 18
Indicateurs et sources d'information 18
Méthodes 20
Plan et coût de l'évaluation 22

ANNEXES

ANNEXE A: LES COMPOSENTES DE LA SRDT 40

REMERCIEMENTS

Ce cadre d'évaluation a été préparé par R. Pelletier, Gestionnaire de projets d'évaluation , Division de l'évaluation des programmes, avec l'aide de Tom Stephens , du cabinet Thomas Stephens & Associates. Nous remercions tout particulièrement les agents suivants de Santé Canada qui nous ont renseignés sur leurs engagements respectifs dans la Stratégie de réduction de la demande de tabac et nous ont fait part de leurs commentaires sur la première version du cadre d'évaluation.

Bill Maga, Direction générale des politiques et de la consultation

Hank Schriel, Direction générale des politiques et de la consultation

Helen McElroy, Direction générale des programmes et services de santé

Dawn Hachey, Direction générale des programmes et services de santé

Murray Kaiserman, Direction générale de la protection de la santé

Rachel Ladouceur, Direction générale des programmes et services de santé

Daniel Krewski, Direction générale de la protection de la santé

Michele Bourque, Direction générale des services médicaux

Gklenn Irwin, Direction générale des programmes et services de santé

CHAPITRE 1

STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC

Introduction

Le 8 février 1994, le gouvernement fédéral inaugure officiellement le Plan gouvernemental de lutte contre la contrebande. La Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT) est inscrite dans ce plan gouvernemental pour faire contrepoids à l'augmentation de la consommation de tabac qu'on prévoit par suite de la réduction des taxes sur le tabac. Une somme de 183 millions de dollars est affectée à la Stratégie pour une période de trois ans[1]. C'est le ministère de la Santé qui se voit confier la responsabilité d'exécuter la SRDT. En août 1994, le Conseil du Trésor approuve l'orientation générale de la SRDT et les crédits qui sont affectés.

L'annexe « A » présente une description de la SRDT telle qu'elle a été présentée au Secrétariat du Conseil du Trésor.

La SRDT est conforme à la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (SNLT), qui est déjà en vigueur. En fait, elle lui donne plus de poids. Le gouvernement y maintient son engagement par rapport aux buts et objectifs de la Stratégie nationale, tout en prenant de nouvelles initiatives dans les orientations principales définies par la Stratégie nationale, dont la législation, l'accès à l'information, la mise en place de services et programmes, la promotion du message, l'action communautaire, la recherche et l'avancement des connaissances.

Objectifs[2]

La SRDT a pour but ultime de réduire au minimum les répercussions négatives que la réducation des taxes peut avoir sur la consommation de tabac, en particulier chez les groupes les plus susceptibles de commencer à fumer ou d'accroître leur consommation par suite de la baisse des prix. Il s'agira donc d'élaborer des programmes en ce sens, de sensibiliser le public et de faire respecter la loi. La SRDT cherchera à créer un climat qui marginalisera les produits du tabac et encouragera tous les consommateurs de tabac qui veulent cesser de fumer.

---

1 Cette somme est ramenée à 115 millions de dollars en février 1995.

2 Les objectifs de la SRDT, exposés ici, sont tirés du document Stratégie de réduction de la demande de tabac : Une vue d'ensemble, rédigé par la Direction générale des politiques et de la consultation en octobre 1994.

La réussite de la SRDT dépendra, dans une large mesure, « de la façon dont les différents paliers de gouvernement, les communautés, les organismes de santé, les employeurs, les associations féminines, les écoles et les particuliers conjuguent leurs efforts pour modifier les normes en usage et mettre encore plus l'usage du tabac au ban de la société ».

La SRDT a été élaborée de façon à épouser les objectifs de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme, c'est-à-dire :

- aider les non-fumeurs à le rester;
- encourager et aider ceux qui veulent arrêter de fumer;
- protéger la santé et les droits des non-fumeurs.

De façon plus précise, la SRDT a pour objectifs, entre autres :

- de réduire au minimum les risques d'une hausse du tabagisme dans les groupes les plus susceptibles de commencer à fumer ou d'accroître leur consommation par suite d'une baisse des prix;

- d'accorder une plus grande importance à la lutte contre le tabac en tant que mesure de santé publique au Canada.

La SRDT devrait avoir d'autres effets, par exemple :

- mieux faire connaître à la population les dangers associés aux produits du tabac;

- mieux la sensibiliser aux risques que la fumée ambiante pose pour la santé;

- faire en sorte que l'usage et la commercialisation des produits du tabac soient moins dans la norme.

Le Ministère a retenu 11 principes (voir figure 1) pour servir de cadre et mieux déterminer le genre d'initiatives que devrait incorporer la Stratégie.

Groupes cibles

La SRDT s'adresse à quatre grandes catégories de gens : les jeunes, les femmes, les groupes prioritaires et la population en général.

1. Les jeunes

L'incidence du tabagisme dans le groupe des 15 à 19 ans est passée de 46 p. 100 en 1981 à 20 p. 100 en 1991, mais elle a augmenté depuis pour atteindre 26 p. 100 en 1994. Ce groupe est considéré comme le plus sensible aux fluctuations du prix du tabac. On croit qu'une réduction du prix peut encourager les jeunes soit à commencer à fumer, soit à fumer davantage. De plus, c'est à cet âge que commencent à fumer ceux qui en garderont longtemps l'habitude. La plupart des composantes (campagne médiatique, application de la loi, femmes, initiatives d'action communautaire, etc.) de la SRDT comptent les jeunes parmi leurs groupes cibles.

2. Les femmes

Le tabagisme chez les femmes a diminué moins rapidement que chez les hommes et les adolescentes fument plus que les adolescents. La SRDT ciblera plus particulièrement les femmes qu'on place dans les groupes à risque élevé, dont les adolescentes, les femmes à faible revenu, les chômeuses, les femmes autochtones, les femmes chefs de famille monoparentale et les femmes peu instruites[3]. En outre, une initiative vise surtout les femmes en âge de procréer, pendant les périodes prénatale et postnatale.

---

[3] Ces groupes ont été mentionnés dans le document Synthesis of the Literature on Priority Groups for Smoking Protection, Prevention and Cessation Programs, préparé par Diane Kinnon et Liz Hart, en octobre 1994, pour l'Unité des programmes de lutte contre le tabagisme de la Direction de la promotion de la santé.

FIGURE 1
PRINCIPES DE LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC[4]

1. Le Ministère est déterminé à amener la consommation de tabac à son niveau le plus bas.

2. On doit consacrer des efforts substantiels à la prévention primaire, pour empêcher les enfants de succomber à l'attrait du tabac.

3. La modification de la réglementation et des conditions sociales constituent des initiatives majeures présentant de grandes possibilités pour ce qui est d'atteindre les nouveaux fumeurs et les fumeurs invétérés. Le Ministère encouragera un vaste débat public sur les politiques envisageables et s'efforcera de consolider les mécanismes existants qui découragent l'usage du tabac.

4. Les programmes et les politiques en matière de santé devraient suivre une approche positive en vertu de laquelle on ne blâmera la victime, mais favorisera une marginalisation de l'usage du tabac. Les projets antitabac doivent aussi tenir compte de conditions socio-économiques propres à la majorité des fumeurs qui subsistent car elles pourraient expliquer la persistance du tabagisme.

5. Il importe de sensibiliser la population davantage à l'accoutumance que crée le tabac et aux conséquences d'une exposition à la fumée secondaire sur la santé.

6. La consommation de tabac a diminué, mais de manière inégale au sein de la population. Un plan général de réduction de l'usage du tabac devrait donc inclure des programmes conçus pour inciter les fumeurs actuels — en particulier ceux des groupes prioritaires — à renoncer au tabac.

7. Le gouvernement devrait mettre en place et diriger un programme général de prévention en consultation avec les organisations, les organismes et les personnes qui possèdent l'expertise et les compétences nécessaires pour mettre la population à l'abri des méfaits du tabac. Par conséquent, le Ministère est déterminé à étendre et à encourager le partenariat entre le gouvernement, les organisations non gouvernementales, les communautés, les travailleurs de la santé, les employeurs, les enseignants et les familles pour concourir à la réalisation des objectifs de la Stratégie nationale en matière de prévention, de renoncement et de protection.

---

[4] Tirés de Stratégie de réduction de la demande de tabac : Une vue d'ensemble.

8. Le Ministère tournera son attention vers les lacunes que présentent les services et la recherche, misant sur les structures existantes afin de compléter, et non de reproduire, les efforts des intervenants actuels.

9. En plus de fonctionner à l'échelon national, les programmes ministériels relatifs au tabac doivent s'adapter aux besoins de la collectivité et encourager la participation du public par le biais d'actions communautaires.

10. Les programmes ministériels de lutte contre le tabac doivent être accessibles et tenir compte de la diversité sociale et culturelle de la population canadienne.

11. L'évaluation et une rentabilité manifeste seront des facteurs primordiaux dans les initiatives ministérielles de lutte contre le tabac.

3. Groupes prioritaires

Chez ces groupes, le taux de tabagisme demeure élevé; ils sont difficiles à rejoindre et il semble que ce sont eux qui ont le moins bénéficié des efforts antérieurs pour réduire la consommation de tabac. Il s'agit des jeunes immigrants, des gens à faible revenu, des itinérants, des gens peu instruits et des Autochtones.

4. La population en général

Bien qu'axée sur les groupes susmentionnés, la SRDT vise aussi à renseigner le grand public et à l'influencer, soit directement ou indirectement, pour lui faire changer d'attitude et de comportement face à l'usage du tabac.

Moyens d'intervention

Les programmes ou moyens d'intervention qui ont été établis aux termes de la SRDT, ou qui le seront, se répartissent en sept catégories :

1. La législation et son application

La *Loi sur la vente du tabac aux jeunes (LVTJ)*, qui est entrée en vigueur le 8 février 1994, interdit la vente des produits du tabac aux jeunes de moins de 18 ans; elle interdit aussi l'installation de distributrices de cigarettes dans les endroits publics et elle impose de lourdes amendes à quiconque vend des produits du tabac à des jeunes de moins de 18 ans. Santé Canada retient les services d'inspecteurs à plein temps pour faire respecter cette loi partout au Canada. Des négociations sont en cours avec les provinces pour en arriver à des ententes de coopération visant l'application de la loi.

2. L'accès à l'information

La SRDT prévoit des fonds supplémentaires pour le Centre national de documentation sur le tabac et la santé, afin de faciliter la diffusion des données et l'échange de renseignements sur tous les aspects du tabagisme.

3. Les services et les programmes

Plusieurs programmes particuliers de prévention du tabagisme, de protection contre le tabagisme et de renoncement au tabac sont destinés à des groupes cibles de la SRDT, dont les groupes prioritaires. Le Ministère compte élaborer et exécuter ces programmes en collaboration avec certaines organisations (écoles, ONG, entreprises, syndicats, Premières Nations, etc.) ou des groupes professionnels (médecins, enseignants, infirmières, etc.).

4. Le soutien de l'action communautaire

Des ressources sont prévues aux termes de la SRDT (sous forme de contributions) pour assurer un financement d'une durée limitée à des projets locaux, régionaux et nationaux permettant aux collectivités locales et aux organisations communautaires de mieux cerner les problèmes relatifs au tabagisme et de s'y attaquer. Les fonds seront affectés aux projets qui sont conformes aux objectifs de la SRDT et qui s'adressent aux groupes cibles. Les contributions sont administrées par le personnel du Programme de contributions à la promotion de la santé.

5. Les campagnes médiatiques

Le Ministère prévoit orchestrer des campagnes nationales dans les médias qui lui permettront de diffuser des messages antitabac à la télévision et à la radio, dans la presse écrite, et au moyen d'annonces publicitaires à l'extérieur et à l'intérieur. Les tout premiers groupes visés seront les jeunes de 11 à 17 ans, leurs parents ou ceux qui s'en occupent, les guides d'opinion et la population en général. La campagne a pour objectifs généraux :

a) de faire de l'usage du tabac non plus un choix personnel mais une question de santé publique, pour inciter davantage les gens à cesser de fumer ou à s'en abstenir, et obtenir plus d'appui en vue de l'adoption de mesures publiques contre l'usage du tabac;

b) d'inciter les gens à faire des choix sains plutôt que de fumer, par un plus grand respect de la santé des non-fumeurs et la reconnaissance de la nature toxique des produits du tabac;

c) de transmettre des images négatives très vives dans l'esprit du plus grand nombre de gens possible pour qu'elles leur reviennent à l'esprit lorsqu'ils auront un choix personnel à faire;

d) de mieux sensibiliser les détaillants au rôle qu'ils jouent pour ce qui est de l'accès des jeunes aux produits du tabac.

Les autres objectifs particuliers consistent à continuer à soutenir le programme Q4L/V100F de Santé Canada, à renseigner les parents et les guides d'opinion sur les effets de la fumée ambiante sur la santé, et à maintenir l'importance des mesures protégeant la santé des non-fumeurs[5].

6. La recherche

Une partie des ressources de la SRDT est consacrée à la recherche. Les travaux de recherche financés ont pour but de mieux connaître et comprendre les effets sur la santé du tabagisme, les composantes du tabac, ainsi que les caractéristiques et la motivation de la population fumeuse. Les nouvelles données recueillies devraient nous aider à élaborer de bons programmes et à adopter des lois efficaces.

7. Les initiatives internationales

Aux termes de la SRDT, le Canada entreprendra des activités en collaboration avec d'autres pays. Elle appuiera l'Organisation mondiale de la santé, qui cherche à promouvoir l'application et le maintien de politiques antitabac dans d'autres pays. La SRDT permettra en outre de soutenir certains projets de recherche d'intérêt international.

Résultats escomptés

De façon générale, ces interventions ont pour but :

1) de mieux sensibiliser la population en général, et en particulier les groupes cibles de la SRDT, aux effets nocifs du tabagisme sur la santé;

2) de moins exposer les non-fumeurs à la fumée ambiante dans les endroits publics, sur les lieux du travail et au foyer;

---

5 Campagne de marketing social en support à la Stratégie de réduction de la demande en matière de tabagisme, document préparé pour Santé Canada par McKim Communications Limited, 29 septembre 1994.

3) de décourager les enfants et les adolescents à commencer à fumer et d'encourager ceux qui fument à en perdre l'habitude;

4) d'aider ceux et celles qui veulent arrêter de fumer en appuyant l'élaboration et la prestation de programmes de renoncement au tabac;

5) de s'assurer du soutien actif des professionnels de la santé, des employeurs, des employés, des éducateurs, des organisations non gouvernementales, etc., pour favoriser l'établissement d'un environnement sans fumée;

6) de faciliter l'accès aux renseignements sur le tabac et la mise à profit de ces renseignements;

7) de rendre le tabagisme moins acceptable sur le plan social;

8) de rendre les produits du tabac plus difficiles à obtenir, en particulier par les jeunes;

9) d'entreprendre des recherches qui fourniront plus de renseignements sur tous les aspects du tabagisme;

10) de faire en sorte que l'usage et la commercialisation du tabac ne soient plus dans la norme;

11) d'accorder une plus grande importance à la lutte contre le tabagisme en tant que mesure de santé publique.

Cependant, ces points demeurent des moyens de réaliser l'objectif sous-jacent qui est, en fait, de réduire l'incidence du tabagisme et de l'usage du tabac. Ainsi pourra-t-on espérer un jour vivre dans une société sans fumée. À long terme, l'incidence réelle du tabagisme représente l'indicateur ultime pour évaluer les effets des interventions antitabac.

Il est entendu que la SRDT ne représente pas un effort en vase clos et que chacun des résultats susdits ne sera pas entièrement attribuable à la Stratégie. Certaines provinces ont déjà adopté des lois et des programmes antitabac qui auront des répercussions sur le comportement des fumeurs; d'autres le feront bientôt. Pour évaluer la Stratégie, il s'agira de démontrer qu'elle contribue à la réalisation des objectifs généraux.

CHAPITRE 2

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Ces questions seront celles qui seront posées au sujet de la Stratégie au moment de l'évaluation en 1996-1997. Elles ont pour but non seulement de mesurer la réussite de la Stratégie dans son ensemble, mais aussi de déterminer les interventions qui offrent un meilleur rapport coût-efficacité.

Les questions se situent à trois paliers :

1. Dans le vaste contexte social dans lequel la SRDT est mise en oeuvre (questions stratégiques);

2. Dans le contexte de la SRDT prise globalement (questions relatives à la SRDT);

3. Dans le contexte de chaque intervention individuelle (questions relatives aux interventions).

Questions stratégiques (contexte)

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la SRDT ne constitue pas un effort en vase clos et, si la situation du tabagisme vient à s'améliorer, ce ne sera pas uniquement grâce à la Stratégie. Cependant, le contexte, ou la façon dont la situation aura changé dans son ensemble, constituera un important facteur pour décider de l'orientation future et de l'importance de la SRDT.

1.0 Est-ce que la situation (le contexte social) qui existait au moment de l'introduction de la SRDT a changé et, si oui, de quelle façon?

La réponse à cette question fournira le contexte général qui sera évalué en fonction des indicateurs suivants :

1.1 Les tendances de l'incidence du tabagisme et de la quantité de tabac consommé par la population en général et, plus particulièrement, par les groupes cibles visés par la SRDT;

1.2 Les modifications à la législation provinciale et aux règlements municipaux antitabac qui protègent les non-fumeurs de la fumée ambiante;

1.3 Le fait que la population en général et, plus particulièrement, les groupes visés par la SRDT comprennent mieux et connaissent mieux les dangers du tabagisme et de la fumée ambiante;

1.4 Les changements d'attitude du public à l'égard du tabagisme en général;

1.5 Les changements dans le mode d'application des lois aux niveaux provincial et fédéral;

1.6 Les changements apportés aux politiques antitabac à l'école, dans les établissements de santé, les garderies et les restaurants, et dans les autres endroits accessibles au public;

1.7 Le fait qu'on soit moins exposé à la fumée ambiante à la maison, au travail et dans les endroits publics;

1.8 La plus grande importance accordée à la lutte contre le tabagisme comme question de santé publique;

1.9 Le fait que la consommation du tabac et la commercialisation des produits du tabac ne soient plus dans la norme.

Il ne sera pas possible d'attribuer les changements à la SRDT, mais cela nous indiquera dans quelle mesure et dans quel sens la situation du tabagisme aura changé. Cela ne veut pas dire, toutefois, que les initiatives prises aux termes de la SRDT n'auront pas été efficaces. Plusieurs raisons pourraient expliquer pourquoi les résultats des initiatives de la SRDT ne paraîtraient pas dans les macro-statistiques : les initiatives n'ont pas eu le temps de faire sentir leur plein effet, les groupes cibles auxquels s'adresse la SRDT sont trop petits pour influer sur les statistiques générales, il faut beaucoup de temps pour amener les gens à changer de comportement, etc.

2.0 À en juger par les tendances observées dans l'incidence du tabagisme et par la consommation de cigarettes depuis l'introduction de la SRDT, les faits appuient-ils l'hypothèse qui sous-tend la SRDT, c'est-à-dire qu'une baisse de prix entraîne une augmentation de la consommation?

2.1 Dans quelle mesure la baisse de prix a-t-elle contribué à modifier l'incidence du tabagisme et la consommation de tabac, en particulier chez les jeunes Canadiens?

2.2 La différence entre l'incidence du tabagisme et la consommation de tabac entre les provinces peut-elle être attribuable aux différences de prix?

Questions sur la SRDT

Ces questions concernent la mise en oeuvre de la SRDT.

3.0 La mise en oeuvre des différentes composantes de la SRDT a-t-elle été conforme aux objectifs de la SRDT?

4.0 A-t-on respecté les onze principes établis pour la conception et la mise en oeuvre de la SRDT?

5.0 De quelle façon et dans quelle mesure la SRDT a-t-elle été coordonnée avec les activités antitabac des provinces et des ONG?

6.0 Un volet d'évaluation est-il prévu dans chacune des interventions rattachées à la SRDT?

7.0 La SRDT a-t-elle mis à profit les services, les programmes et les autres initiatives qui existaient avant février 1994? Par exemple, dans quelle mesure s'est-on inspiré des ressources existantes, comme *Une vie 100 fumée, Journal d'une jeune fumeuse, Il n'y a pas de fumée sans..., Sans fumer, PEP, Les jeunes décident, etc.?*

8.0 Est-ce que les objectifs de promotion et les messages des médias ont été conformes aux objectifs des interventions de la SRDT et étaient-ils de nature à l'appuyer?

9.0 Est-ce que les projets financés dans le cadre du soutien aux collectivités ont été conformes aux objectifs des autres interventions et les ont appuyés?

10.0 Quelle part de l'effort total a été consacrée à la prévention du tabagisme, à la protection et au renoncement au tabac? Était-ce conforme à l'intention du début?

11.0 Les objectifs et interventions de la SRDT étaient-ils conformes aux autres priorités et politiques du Ministère et du gouvernement fédéral?

12.0 Quels autres programmes, politiques et lois du gouvernement fédéral ont pu avoir des répercussions, positives ou négatives, sur la lutte contre le tabagisme?

Questions sur les interventions

La prochaine série de questions porte sur les interventions fédérales s'inscrivant dans la SRDT. Il s'agit ici de déterminer dans quelle mesure, pour chaque initiative, on a atteint les objectifs et touché le groupe visé. Les initiatives sont regroupées en sept catégories d'intervention, soit celles mentionnées au chapitre 1 : la législation, l'accès à l'information,

les services et les programmes, le soutien de l'action communautaire, les campagnes médiatiques, la recherche, et les initiatives internationales.

Application et exécution de la loi

13.0 Est-ce que les mesures législatives et réglementaires prises pour la SRDT ont contribué à rendre les produits du tabac plus difficiles à obtenir?

13.1 Le règlement d'application de la *Loi réglementant les produits du tabac (LRPT)* est-il mieux appliqué qu'auparavant? Est-ce que la *Loi sur la vente de tabac aux jeunes (LVTJ)* a été mise en application?

13.2 Est-ce que la LVTJ a contribué à réduire les ventes aux jeunes?

13.3 A-t-on rédigé des documents d'information pour les détaillants et les restaurateurs et les a-t-on distribués?

13.4 Les détaillants comprennent-ils mieux maintenant leurs obligations aux termes de la LVTJ?

Accès à l'information

14.0 Quelle a été la contribution du Centre national de documentation par rapport aux objectifs de la SRDT, suite à l'augmentation de ses ressources?

14.1 Est-ce que les membres non fédéraux du comité directeur de la SNLT continuent de contribuer au Centre national pendant la durée de la SRDT?

14.2 Dans quelle mesure a-t-on recours aux services et qui y fait appel?

14.3 Dans quelle mesure passe-t-on par le Centre national pour diffuser l'information obtenue au cours des recherches?

Services et programmes

Cette catégorie regroupe les initiatives destinées aux groupes cibles de la SRDT, comme les femmes enceintes, les jeunes et les groupes prioritaires (les jeunes immigrants, les gens à faible revenu, les Autochtones, etc.). Les programmes établis et les documents d'information préparés peuvent rejoindre les gens directement ou par l'intermédiaire de professionnels de la santé, de parents, d'enseignants, d'employeurs et de personnes qui dispensent des soins.

15.0 Dans quelle mesure les services et les programmes destinés aux groupes cibles ont-ils contribué à réduire l'usage du tabac chez ces groupes et dans la population en général?

15.1 Quels documents d'information et programmes a-t-on élaborés, et pour quels groupes cibles?

15.2 Comment a-t-on appliqué les programmes et utilisé les documents d'information élaborés pour les groupes cibles?

15.3 Quels programmes et documents a-t-on créés pour s'en servir dans des lieux du travail, dans les écoles et dans les endroits de réunions publiques, et quel usage en fait-on?

15.4 Ces documents et programmes ont-ils été élaborés pour répondre à des besoins particuliers et, en l'occurrence, ont-ils répondu à ces besoins?

15.5 Y a-t-il d'autres groupes que ceux que vise la SRDT qui auraient dû être ciblés par les programmes et les services parce qu'ils consomment ou peuvent consommer de fortes quantités de tabac?

Soutien de l'action communautaire

Les programmes et projets de cette catégorie sont financés grâce à des contributions versées à divers groupes communautaires.

16.0 Quels ont été les effets des projets d'action communautaire financés grâce à la SRDT?

16.1 Quels sont les programmes et les services qui ont été établis au moyen de projets d'action communautaire? Quels groupes ont été ciblés? Quelle proportion des ressources a été consacrée à la promotion, à la protection, et au renoncement au tabac?

16.2 Dans quelle mesure les projets financés ont-ils donné les résultats escomptés? Quelles en ont été les répercussions sur leurs groupes cibles?

16.3 Les projets financés ont-ils été conformes aux objectifs de la SRDT, et axés sur les groupes cibles?

16.4 Les projets financés ont-ils contribué à la « mise en valeur du potentiel » à l'échelle communautaire?

Campagnes médiatiques

17.0 Quelle a été l'influence des campagnes médiatiques sur les groupes cibles? Leur ont-elles mieux fait connaître et comprendre les dangers du tabagisme et de la fumée ambiante? Quelle preuve avons-nous que les gens ont changé d'attitude et de comportement?

17.1 Quels étaient les groupes cibles visés par les campagnes médiatiques et les a-t-on atteints?

17.2 Dans quelle mesure les campagnes médiatiques ont-elles contribué à sensibiliser les groupes cibles aux dangers du tabagisme et de la fumée ambiante?

17.3 Est-ce que la diffusion des messages a eu un effet perceptible sur les médias et les autres guides d'opinion (par exemple, les éditorialistes, les chroniqueurs, les animateurs de tribunes libres)?

17.4 Si les gens connaissaient et comprenaient mieux la situation, a-t-on relevé des changements dans la consommation de tabac?

17.5 Est-ce que la diffusion des messages s'est faite de concert avec les autres initiatives de la SRDT et en collaboration avec les provinces?

Recherche

18.0 Est-ce que les recherches financées par l'intermédiaire de la SRDT ont produit des renseignements utiles pour planifier et évaluer les autres composantes de la SRDT?

18.1 Quels travaux de recherche ont été financés et pourquoi? Quelle proportion de la recherche a été consacrée à la prévention du tabagisme, à la protection des non-fumeurs et au renoncement au tabac?

18.2 Est-ce que l'information était nécessaire à la conception de programmes, de services et de messages de bonne qualité, et a-t-elle été fournie e temps opportun?

18.3 Peut-on démontrer que les résultats de la recherche ont été utilisés pour élaborer les programmes, offrir les services et diffuser les messages?

18.4 A-t-on réussi par la recherche à recueillir des données de bonne qualité chez tous les groupes prioritaires?

Initiatives internationales

19.0 Quelles initiatives ont été entreprises sur la scène internationale et quelles en ont été les résultats?

Conclusions et orientations futures

20.0 Peut-on démontrer qu'il y a eu des « résultats collatéraux positifs » (c'est-à-dire que les mesures de protection ont pu encourager les gens à renoncer au tabac)?

21.0 Quelles leçons avons-nous tirées de l'expérience de la SRDT et des résultats obtenus jusqu'à maintenant?

22.0 À la lumière des résultats obtenus grâce à la SRDT, quelles sont les méthodes d'intervention les plus efficaces? Y aurait-il de meilleures façons de réaliser les mêmes objectifs? Quel(s) type(s) d'interventions devrait-on poursuivre?

Le prochain chapitre explique en détail la façon de procéder pour l'évaluation et le tableau 1 fournit, pour chaque question, les indicateurs de l'évaluation, les sources d'information et les méthodes employées.

CHAPITRE 3

MODE D'ÉVALUATION

Bien que la SRDT ait été lancée en février 1994, plusieurs des initiatives rattachées à la Stratégie en sont encore à l'état embryonnaire. Il serait donc peu réaliste d'espérer atteindre les objectifs de chaque initiative d'ici la fin des trois années prévues pour la Stratégie. Il est donc important de songer à ce que peut rapporter une évaluation officielle de la Stratégie, afin de tempérer les attentes et d'optimiser les leçons à en tirer. À ce stade-ci, il faut se demander dans quelle mesure chaque initiative peut être évaluée de façon probante au cours des deux prochaines années. De plus, la plupart des activités entreprises en 1994-1995 pour la SRDT tenaient de la planification et de la recherche. Il faut beaucoup de temps et d'énergie pour amorcer une Stratégie comme la SRDT, et un temps assez long risque de s'écouler entre la date de l'annonce et la mise en oeuvre réelle de programmes et d'activités.

L'évaluation de la SRDT est d'autant plus difficile que celle-ci est mise en oeuvre dans un contexte où d'autres instances mènent diverses activités antitabac. Il est donc pratiquement impossible d'isoler la contribution de la SRDT en faisant abstraction de l'influence de ces autres facteurs. Cependant, il devrait être possible, par cette évaluation, de déterminer si, par ces initiatives, le Ministère réalise ses propres objectifs immédiats.

De façon générale, l'évaluation comportera trois éléments distincts :

1) l'analyse du processus;
2) l'évaluation de l'impact;
3) l'évaluation des résultats.

1. Analyse du processus

L'analyse du processus administratif consiste, tout au moins, à déterminer la population ciblée et la population touchée, ainsi que les mesures prises pour les atteindre.

La **population ciblée**, pour la SRDT, peut être les fumeurs, dans le cas de l'objectif du renoncement au tabac, ou ceux qui sont exposés à la fumée, dans le cas des objectifs de la protection des non-fumeurs, ou encore les jeunes, dans le cas de l'objectif de la prévention du tabagisme. Non seulement il faut préciser la taille et la nature de la population ciblée, mais il faut aussi être explicite quant aux critères servant à cerner la population en question. Cette dernière servira de dénominateur dans les calculs ultérieurs pour chiffrer la population touchée et pour déterminer la rentabilité du programme.

La **population touchée** nous fournit des données essentielles pour comprendre l'impact de la Stratégie, puisqu'elle correspond à la population exposée aux programmes ou aux services à évaluer. Bien qu'il ait pu y avoir des estimations dès le début pour vérifier la portée du programme afin de le planifier et de prévoir les coûts, l'évaluation porte en particulier sur ceux qui sont, en fait, exposés et non seulement ceux qui pourraient l'être. Idéalement, ils seront comparés plus tard à ceux qui ne sont pas exposés ou qui le sont moins. De façon générale, l'évaluation sera utile si la population touchée peut être décrite selon le degré de l'exposition, plutôt que simplement par rapport à celle qui ne l'est pas. Par exemple, il est plus sensé et plus utile de prendre comme indicateur de la portée du programme le nombre de séances de renoncement au tabac auxquelles les gens ont participé, au lieu de simplement compter le nombre de participants au programme et de les traiter tous de la même façon. L'application du programme est une notion liée à la portée, dont on se sert parfois pour définir la proportion des gens ciblés ou admissibles qui ont été touchés par le programme.

Toutes les initiatives de la SRDT devraient pouvoir être assorties d'une évaluation du processus. (Certains projets, il faut le reconnaître, ont comme objectif de déterminer la nécessité de lancer d'autres initiatives.) Lorsqu'on la combine au moins avec les rudiments de l'évaluation de l'impact, l'analyse du processus est parfois considérée comme une évaluation formative. Comme le terme l'indique, les renseignements recueillis se rapportent particulièrement aux étapes initiales des programmes. Qui plus est, l'analyse du processus et l'évaluation de l'impact sont importantes pour comprendre les résultats de l'évaluation à long terme (récapitulative).

2. Évaluation de l'impact

L'évaluation de l'impact porte sur les résultats à court terme d'un programme, soit ceux obtenus à peu près immédiatement. Même s'il s'agit d'une courte période, on fait clairement la distinction entre les résultats et le processus employé pour produire ces résultats.

Pour être utiles à l'évaluation dans son ensemble, les répercussions étudiées doivent être des répercussions spécifiques du programme. Il est donc plus précis et plus utile pour l'évaluation de dire « une meilleure connaissance des dangers de la fumée ambiante pour les jeunes d'âge préscolaire qui sont exposés », que de dire simplement « une meilleure connaissance des dangers du tabagisme ». À cette fin, il est préférable de connaître le degré d'exposition et d'avoir un groupe témoin qui n'a pas été exposé, à des fins de comparaison.

Comme nous le mentionnons plus haut, on devrait pouvoir faire une évaluation de l'impact pour la plupart des initiatives de la SRDT.

3. Évaluation des résultats

Pour faire l'évaluation des résultats, on calcule dans quelle mesure les objectifs ont été réalisés à long terme. Dans le contexte de la SRDT, les principaux objectifs de la prévention, du renoncement au tabac et de la protection sont communs à plusieurs initiatives; il est donc important de déterminer de quelle façon chacune a contribué à l'atteinte de ces objectifs. Le meilleur moyen pour y parvenir est de repérer les indicateurs de la prévention, du renoncement et de la protection **chez les groupes touchés** par l'initiative, comparativement à ceux qui n'ont pas été rejoints. Cependant, cela ne fournit qu'une mesure de l'efficacité — l'effet du programme sur ceux qui ont été ciblés. Seule cette information peut nous permettre d'estimer le rapport coût-efficacité du programme, ce qui est un critère de réussite mentionné comme principe dans les documents sur la SRDT.

Comme nous le mentionnons plus haut, seulement quelques initiatives seront peut-être arrivées à maturité pour pouvoir faire l'objet d'une évaluation officielle des résultats au bout des trois années de la SRDT. Dans la plupart des cas, ce sera simplement parce qu'il n'y aura pas eu assez de temps depuis la mise en oeuvre du programme; cependant, dans bien des cas, les choses seront d'autant plus compliquées qu'il n'existe pas de bonnes données de base ni de groupe témoin non exposé qui puisse servir à faire des comparaisons.

Chaque initiative devrait tout au moins prévoir une évaluation du processus. La plupart des initiatives seront assez avancées pour qu'on en évalue l'impact. Toutefois, il sera possible d'évaluer les résultats seulement dans quelques cas. Le tableau 1 précise, pour chaque question d'évaluation, les indicateurs voulus, les sources d'information et les méthodes employées pour répondre à la question.

Indicateurs et sources d'information

Voici quelques exemples des principaux indicateurs et des sources d'information employés dans le tableau 1.

Les résultats des sondages

Plusieurs sondages sont menés dans le cadre de la SRDT. Certains, comme l'Enquête sur le tabagisme au Canada, sondent la population en général, tandis que d'autres sont plus précis (par exemple, l'enquête auprès des jeunes, l'enquête auprès des détaillants, l'enquête sur les règlements municipaux, etc.). Les résultats de ces enquêtes fournissent des indicateurs sur plusieurs des questions qui relèvent de la SRDT. Par exemple, la portée des règlements municipaux interdisant de fumer dans les endroits publics ou des politiques restrictives dans les écoles, les établissements de santé ou les

milieux de travail est un indicateur de la protection contre la fumée ambiante. La réduction des points de vente et le respect de la législation antitabac peuvent être considérés comme des indicateurs de la prévention. Les changements relatifs à ces indicateurs ne seront pas attribuables à la seule SRDT, mais ils donneront une idée de l'évolution du tabagisme et des questions connexes dans le vaste contexte social.

Les produits issus des programmes et des projets

Il s'agit de produits réalisés ou livrés grâce aux projets ou aux programmes. On peut mentionner ici, à titre d'exemples, les documents d'information sur les ressources, les brochures, les ententes fédérales-provinciales, les cours, les cahiers de documentation, les messages publicitaires, etc. En général, ces produits sont destinés à être utilisés par des groupes cibles particuliers ou à influer sur eux. Leur production n'est normalement qu'une étape intermédiaire dans la réalisation des objectifs. L'évaluation visera à démontrer que ces produits ont bel et bien atteint les groupes ciblés et qu'ils sont utilisés comme prévu.

Les populations touchées

L'une des conditions préalables au succès de toute initiative qui vise à influer sur les gens est qu'elle atteigne vraiment le public visé ou le groupe cible. Celui-ci peut varier en fonction de l'initiative; il peut s'agir de professionnels pour les documents d'information et de formation, de détaillants pour les renseignements sur la loi ou les inspections, de jeunes dans le cas d'interventions dans les écoles, etc. Ce genre d'information sera donné dans les documents relatifs au projet et dans toute étude faite par l'organisation responsable de l'initiative.

Impact des programmes et des projets

Ces indicateurs montrent que l'initiative a l'effet voulu sur la population cible. Le nombre de gens qui assistent à des programmes de renoncement au tabac ou qui suivent une formation, les changements dans la sensibilisation et les connaissances de la population cible, l'utilisation des produits, et l'observation de la loi par les détaillants sont des exemples d'impacts. L'information relative à ces indicateurs devrait être recueillie par les organisations responsables des programmes ou des projets à l'étude.

L'impact des projets communautaires

L'évaluation visera à obtenir des données qui montrent que les projets communautaires financés grâce à la SRDT réalisent leurs objectifs. Pour chaque projet terminé, on doit pouvoir fournir certains renseignements de base, comme les produits

obtenus, la population touchée, les preuves de réussite, les autres sources de financement, la satisfaction des clients, etc. Ces renseignements doivent normalement faire partie de l'évaluation des projets.

L'opinion d'experts et des principales sources d'information

On peut invoquer l'opinion d'experts ou de gens bien informés dans les cas où l'on ne peut obtenir de données tangibles ou lorsqu'il faut des renseignements non quantifiables. Par exemple, l'opinion d'experts est utile pour vérifier la pertinence et la qualité des recherches qui ont été entreprises, la pertinence des objectifs à réaliser ou des processus mis en application, l'interprétation des recherches, etc. Les experts et les sources d'information clés peuvent souvent fournir des renseignements qu'on ne peut trouver ailleurs.

L'usage et la diffusion des résultats des recherches

Si l'on utilise réellement le résultat des recherches et les constatations qui en découlent pour élaborer des programmes et des politiques, c'est là une indication de leur pertinence et de leur utilité. Il en va de même si les recherches comblent des lacunes dans le champ des connaissances. C'est pourquoi il est important de bien consigner les raisons qui ont fait entreprendre les recherches. Les sources d'information sur ces indicateurs, outre les instigateurs de la recherche, seront les utilisateurs visés comme les gestionnaires de programmes et les décideurs, les experts, et d'autres sources clés.

Chaque direction générale devrait tout mettre en oeuvre pour recueillir des renseignements relatifs aux projets comme le nombre et le type de personnes touchées, ainsi que la quantité des documents distribués et leurs destinataires. Un plan d'évaluation devrait faire partie de tous les grands projets. En plus de faciliter l'évaluation de la SRDT, cela montrera aussi l'efficacité des activités de la direction générale. L'évaluation n'oblige normalement pas à recueillir des renseignements qui ne sont pas utiles à la gestion du programme. La Division de l'évaluation des programmes sera disposée à aider les directions générales à déterminer le genre d'évaluation le plus propice pour tel ou tel projet; elle étudiera les résultats des évaluations qu'elles feront et examinera les questions qu'elles n'auront pas abordées.

Méthodes

Voici une brève description des méthodes employées :

L'analyse statistique

Dans la plupart des cas où il faut entreprendre des recherches ou recueillir des données pour l'évaluation, il s'agit de mettre à profit les enquêtes et les projets déjà financés par l'intermédiaire de la SRDT. Les résultats de ces projets fourniront ou bien des données de base ou bien une justification pour les programmes ou les activités engagés. Le but de cette analyse est de fournir aux décideurs un aperçu de la situation au moyen de macro-données, comme l'incidence, la consommation, la compréhension, la connaissance, l'exposition à la fumée ambiante et les autres indicateurs déterminés pour la première question. L'analyse indiquera comment ces indicateurs auront évolué depuis l'introduction de la Stratégie. Pour ce qui est des initiatives individuelles, il ne sera possible de comparer la situation avant, et la situation après, que dans les cas où des données ont été recueillies en 1994 et le seront de nouveau en 1996. Dans bien des cas, toutefois, les données n'auront été recueillies qu'une seule fois (par exemple, pour l'enquête auprès des jeunes ou pour les enquêtes auprès de certains groupes prioritaires particuliers) pendant la durée de la Stratégie. On peut aussi invoquer d'autres sources de données (par exemple, certaines données provinciales), s'il y a lieu.

Un comité d'experts

Il est proposé de recourir à l'opinion d'experts pour l'étude de certaines questions, comme la pertinence et la qualité des recherches entreprises, la pertinence des objectifs poursuivis ou des processus mis en application, l'interprétation des conclusions de l'évaluation et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l'avenir. On s'efforcera, dans toute la mesure du possible, de choisir des experts qui n'ont pas participé activement à la SRDT.

Les entrevues avec des sources d'information clés

Les sources d'information clés sont celles qui ont une connaissance approfondie de certaines questions, de certains programmes, de certains groupes cibles, etc. Ce peut être des intervenants, des représentants des provinces ou des ONG, des fonctionnaires de Santé Canada ou d'autres ministères fédéraux, des clients des programmes ou des représentants du secteur privé. Ils seront choisis selon les connaissances spécialisées qu'ils ont sur des aspects de la SRDT ou parce qu'ils occupent un poste d'autorité pour les politiques et les programmes antitabac (par exemple, des cadres supérieurs d'un ministère ou d'une province). Les personnes à interviewer seront choisies en consultation avec les gestionnaires des programmes de la SRDT, et les entrevues feront partie de l'évaluation des initiatives individuelles.

Les études de cas et les enquêtes auprès des clients

Ces méthodes seront employées principalement pour les projets financés en tant que projets d'action communautaire. L'évaluation consistera à examiner les projets financés grâce à la SRDT. Les responsables de l'évaluation chercheront à démontrer que les objectifs ont été réalisés, que la population cible a été touchée et que le projet a contribué à mettre en valeur le potentiel de la collectivité. Les rapports relatifs aux projets et les données d'évaluation serviront de sources de renseignements. Un échantillon des projets sera retenu pour les études de cas. On pourra aussi mener une enquête auprès des bénéficiaires des fonds et des clients des projets si on ne peut obtenir autrement ces renseignements.

L'examen des documents

Les documents concernant le programme constituent une source essentielle d'information pour toute évaluation, en particulier pour l'évaluation du processus et de l'impact. Les principaux documents sont des documents rédigés pour la planification, l'approbation et la mise en oeuvre d'un programme. Si les documents relatifs au programme sont bien faits, ils font gagner beaucoup de temps aux évaluateurs et au personnel du programme au moment de l'évaluation.

L'évaluation de chaque initiative

Chaque composante de la SRDT fera l'objet d'une évaluation individuelle. Le type et l'envergure des évaluations dépendront largement du stade de développement de chaque projet au moment de l'évaluation; dans certains cas, on ne pourra évaluer que le processus, mais on s'attend qu'une évaluation de l'impact soit faite dans la plupart des cas. Dans tous les cas, le processus d'évaluation comportera un examen des documents du programme, des rapports d'étape, l'examen et l'analyse des données administratives, et des entrevues avec le personnel chargé du programme. L'évaluation peut être complétée par des entrevues avec des sources d'information clés si nécessaire.

Plan et coût de l'évaluation

La Division de l'évaluation des programmes (DEP) affectera à l'évaluation la moitié d'un équivalent temps plein (ETP) en 1995-1996 et la moitié d'un ETP en 1996-1997. En 1995-1996, elle collaborera avec le personnel des programmes pour recueillir des renseignements au fur et à mesure qu'ils se dérouleront, pour ne pas avoir à en reconstituer l'évolution au moment de l'évaluation. La DEP pourra aussi être consultée par les gestionnaires des programmes pour l'évaluation de projets particuliers. On estime à 200 000 $ le coût total de l'évaluation finale, ce qui comprend les travaux faits par contrat,

le salaire du personnel de la DEP et d'autres dépenses, comme les frais de déplacement, d'impression, etc. On estime à 150 000 $ le coût des marchés conclus avec des consultants de l'extérieur. Les ressources affectées par la DEP à la SRDT en 1995-1996 sont estimées à 100 000 $, ce qui comprend les salaires, et environ 50 000 $ pour les travaux faits par contrat.

Pour pouvoir recueillir les renseignements voulus assez en avance pour que des décisions puissent se prendre à l'hiver 1997, l'évaluation devrait être terminée au plus tard le 31 janvier 1997. Le plan de travail se présente donc comme suit :

Jalons	**Date d'achèvement**	**Contrats**
Approbation du mandat	mai 1996	
Analyse statistique	septembre 1996	25 000 $
Évaluation des projets communautaires	octobre 1996	50 000 $
Évaluation de chaque initiative	octobre 1996	50 000 $
Comité d'experts	novembre 1996	25 000 $
Rédaction du rapport	décembre 1996	
Achèvement du rapport final	31 janvier 1997	
TOTAL		**150 000 $**

Jalons	Date d'achèvement	Contrats
Approbation du mandat	mai 1996	
Analyse statistique	septembre 1996	25 000 $
Évaluation des projets communautaires	octobre 1996	50 000 $
Évaluation de chaque initiative	octobre 1996	50 000 $
Comité d'experts	novembre 1996	25 000 $
Rédaction du rapport	décembre 1996	
Achèvement du rapport final	31 janvier 1997	
TOTAL		**150 000 $**

TABLEAU 1. Questions d'évaluation, indicateurs, sources d'information et méthodes

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
1.0 Contexte social			
1.1 Tendances de l'incidence et de la consommation chez les groupes cibles et dans la population.	Changements de l'incidence et de la consommation dans la population, les groupes cibles, les provinces.	ETC (Enquête sur le tabagisme au Canada), quartier 1 à 4; ETC, quartier 5 (?); ENSP (Enquête nationale sur la santé de la population); enquête sur les jeunes; autres enquêtes auprès de groupes cibles particuliers.	Analyse des résultats d'enquête par groupe d'âge, selon les caractéristiques socioéconomiques, par province (selon qu'il y a eu ou non réduction de la taxe).
1.2 Modifications apportées aux lois provinciales et aux règlements municipaux.	Nouvelles lois provinciales et nouveaux règlements municipaux entrés en vigueur depuis janvier 1994.	Lois provinciales en vigueur; Règlements municipaux : Enquête de la DGPS (1991); enquêtes de la DGPS sur les règlements municipaux; autres sources.	Examen de la législation provinciale sur le tabac; analyse des enquêtes de la DGPS; examen d'autres données.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
1.3 Changements dans le degré de sensibilisation et d'information - dangers du tabac et de la fumée ambiante.	Changements dans la population et les groupes cibles quant à leur connaissance et leur compréhension des risques liés au tabac.	ETC, quartier 3; ETC, quartier 5 (?); ENSP; enquêtes de suivi de la DGPSS; enquête d'EKOS auprès des parents et des familles élargies; enquête de Price Waterhouse auprès des services de garderie.	Analyse des données obtenues au cours des enquêtes.
1.4 Changements d'attitude du public à l'égard du tabac.	Acceptation par la population des restrictions et des interventions antitabac; perception négative du tabagisme.	ETC, quartier 3; ENSP, supplément sur les avertissements (1994); données ontariennes sur les taxes (1990) et sur les interventions (1993); études de suivi de la DGPSS; ETC, quartier 5 (?).	Analyse des données obtenues au cours des enquêtes.
1.5 Application des lois fédérales et provinciales.	Création et mise en oeuvre de mécanismes d'application des lois fédérales et provinciales. (Voir la question 13.)	Ententes de la DGPS avec les provinces; données de la DGPS sur l'application de la législation. (Voir la question 13.)	Analyse de données de la DGPS et des provinces sur l'inspection et sur le respect de la loi. (Voir la question 13.)
1.6 Modifications aux politiques antitabac dans les endroits publics.	Portée des politiques antitabac dans les écoles, les garderies, les établissements de soins de santé, les endroits publics, et le secteur privé.	Enquête de Goss Gilroy (DGPSS), mai 1995.	Analyse des résultats de l'enquête.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
1.7 Changements dans l'exposition à la fumée ambiante au foyer, au travail et dans les endroits publics.	Nombre de gens : - qui disent travailler dans des endroits où l'on a adopté des politiques restrictives; - qui vivent dans un domicile sans fumée. Voir aussi les indicateurs de 1.6.	ETC, quartier 2; ENSP; études de suivi de la DGPSS; enquête de Goss Gilroy (DGPSS); enquêtes de la DGPS sur les règlements municipaux; enquête d'EKOS.	Analyse des résultats des enquêtes ou des études.
1.8 Plus grande importance accordée à la lutte contre le tabagisme comme question d'intérêt public?	Engagement des hauts fonctionnaires fédéraux, provinciaux et municipaux (réunions officielles, ententes); lois et politiques provinciales; règlements municipaux.	Ententes fédérales-provinciales; discussions fédérales-provinciales; législation provinciale; enquête sur les règlements municipaux.	Examen des documents; comités d'expert; entrevues avec des sources d'information clés; analyse des résultats de l'enquête; enquête sur la législation provinciale.
1.9 La consommation et la commercialisation des produits du tabac, des activités « hors norme »?	Opinion publique négative concernant la consommation de tabac; Refus spontané de fonds de la part des entreprises de tabac.	ETC; études de suivi; autres sondages de l'opinion publique; organisations sportives et culturelles.	Examen des résultats des enquêtes; sources d'information clés; étude des parrainages d'événements sportifs et culturels.
2.0 Prix du tabac			

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
2.1 Rapport entre la réduction du prix et l'usage de tabac.	Le prix du tabac a été donné comme raison du changement de comportement chez les fumeurs; ventes de tabac; études sur l'élasticité des prix.	Ferrence et al., 1989; ouvrages canadiens et internationaux; ventes nationales et internationales de tabac; étude économétrique de la DGPS; ETC, quartiers 1-4.	Analyse statistique; examen de la documentation; opinion des experts.
2.2 Différence entre provinces et groupes d'âge dans l'incidence du tabagisme et la consommation de tabac.	L'incidence et la consommation par province et par groupe cible de 1994 à 1996.	ETC, quartiers 1-4.	Analyse des données; analyse de la consommation et du prix du tabac.
Questions sur la SRDT			
3.0 Initiatives individuelles conformes aux objectifs généraux?	Lien logique entre les objectifs généraux et les objectifs généraux et ceux des initiatives individuelles, groupes cibles, résultats escomptés et programmes.	Documents relatifs à la planification des initiatives ministérielles et individuelles; personnel des programmes; cadres supérieurs de Santé Canada.	Examen des documents du Ministère et des programmes; entrevues avec le personnel des programmes et les cadres supérieurs.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
4.0 Respect des principes de la SRDT?	Conformité avec la mise en oeuvre et les principes de la SRDT.	Documents relatifs aux programmes; fonctionnaires du Ministère; représentants des provinces; sources d'information clés.	Examen des documents; entrevues avec les fonctionnaires du Ministère, des provinces et avec des sources d'information clés; analyse des résultats d'autres questions.
5.0 Coordination de la SRDT avec les provinces et les ONG?	Preuve des consultations et de la coordination avec les provinces et les ONG; absence de doubles emplois; activités complémentaires.	Documents relatifs aux programmes; comptes rendus des réunions fédérales-provinciales; fonctionnaires du Ministère et des provinces; sources d'information clés.	Examen des documents; entrevues avec les représentants du Ministère et des provinces; ONG et sources d'information clés.
6.0 L'évaluation dans chaque composante	Insertion dans les projets et les initiatives d'un plan annuel d'évaluation.	Documents relatifs aux programmes.	Examen des plans des projets et des initiatives, et de leur mise en oeuvre.
7.0 La SRDT fait-elle fond sur les initiatives existantes?	Recours aux programmes, aux documents et aux services qui existaient avant l'adoption de la SRDT.	Répertoire des programmes et des services précédant la SRDT.	Examen des nouvelles initiatives.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
8.0 Les objectifs et les messages de la publicité dans les médias sont-ils conformes aux autres composantes de la SRDT, et les appuient-ils?	Les groupes cibles de la campagne conformes aux groupes cibles des autres composantes de la Stratégie; le contenu des messages conforme aux objectifs de la SRDT.	Documents relatifs aux programmes; personnel des programmes; personnel chargé des autres composantes; sources d'information clés.	Examen des documents; entrevues avec les fonctionnaires du Ministère; entrevues avec des sources d'information clés.
9.0 La SRDT a-t-elle été appuyée par des initiatives communautaires?	Les projets financés sont conformes aux objectifs de la SRDT et ont donné les résultats escomptés.	Projets communautaires financés.	Examen des projets financés.
10.0 Y a-t-il eu un effort concerté pour la prévention, la protection et le renoncement au tabac?	% des fonds de la SRDT affectés aux projets relatifs à la prévention, au renoncement au tabac et à la protection.	Ensemble des affectations budgétaires de la SRDT; états financiers; contrats de la SRDT; documents relatifs aux programmes.	Analyse du budget et des dépenses de la SRDT par projet ou initiative.
11.0 La SRDT est-elle conforme aux politiques et aux priorités d'autres ministères et du fédéral?	Priorités et politiques de Santé Canada; politiques fédérales relatives à la santé.	Énoncé des politiques et des priorités de Santé Canada; autres ministères; sources d'information clés.	Examen des programmes; entrevues avec des sources d'information clés.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
12.0 Y a-t-il d'autres mesures fédérales qui ont eu des répercussions dans la lutte contre le tabagisme?	Politiques agricoles, commerciales, industrielles, sportives et culturelles qui influent sur la culture, la fabrication et la commercialisation.	Autres ministères; sources d'information clés; fonctionnaires ministériels.	Détermination et examen des autres politiques fédérales; entrevues avec des fonctionnaires ministériels et des sources d'information clés.
13.0 Législation			
13.1 La législation sur le tabac a-t-elle été appliquée?	Nombre d'inspections, citations, municipalités qui octroient des permis de vente, provinces qui autorisent l'octroi de permis.	Données administratives de la DGPS ou données provinciales sur l'inspection et le respect de la loi de 1994 à 1996.	Analyse des données.
13.2 A-t-on réduit le nombre de ventes à des jeunes?	La réaction des détaillants devant des tentatives délibérées de la part des jeunes pour acheter des cigarettes.	2 études en 1992 dans 5 villes du Québec et de l'Ontario[6]; Enquête sur la conformité à la loi faite par la DGPS.	Analyse des résultats d'enquête.

[6] Voir *A Guide for Tracking Progress on the Objectives of the National Strategy to Reduce Tobacco Use in Canada*, note 18.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
13.3 Y a-t-il des documents d'information à l'intention des détaillants, des restaurateurs?	Publication et distribution de documents.	Documents relatifs aux programmes; données administratives de la DGPS; personnel des programmes.	Examen des documents; entrevues avec le personnel des programmes.
13.4 Connaissance par les détaillants de la LVTJ	Connaissance réelle des détaillants de leurs obligations aux termes de la LVTJ.	Enquête sur les détaillants de tabac faite par la DGPS.	Analyse des résultats de l'enquête.
14.0 Accès à l'information			
14.1 A-t-on maintenu les ressources affectées au CNDTS avant l'adoption de la SRDT?	Montant accordé par des organisations non fédérales (par exemple, les provinces et les ONG) avant et après 1994.	Rapports annuels du CNDTS, avant 1994; données financières du CNDTS; personnel du CNDTS; fonctionnaires des provinces.	Examen des renseignements financiers fournis par le CNDTS; entrevues avec le personnel du CNDTS; entrevues avec les fonctionnaires des provinces (par exemple, les membres du comité directeur national).

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
14.2 Dans quelle mesure on fait appel au CNDTS, et qui le fait?	Nombre de clients, affiliation, nature des documents demandés, utilité du matériel; satisfaction des clients relativement aux services.	Données administratives du CNDTS sur les demandes des clients, le matériel distribué, etc.; clients du CNDTS.	Analyse des données; enquête auprès des clients du CNDTS.
14.3 A-t-on fait appel au CNDTS pour diffuser les renseignements?	Connaissance et utilisation du CNDTS par les producteurs et les utilisateurs de données; recours au CNDTS pour diffuser l'information ministérielle et les documents d'information.	Répertoire des documents dont dispose le CNDTS; personnel du CNDTS; documentation du CNDTS; fonctionnaires de Santé Canada; clients du CNDTS.	Examen du répertoire du CNDTS; enquête auprès des clients; entrevues avec le personnel du CNDTS; fonctionnaires de Santé Canada et sources d'information clés.
15.0 Services et programmes			
15.1 Quels documents d'information et programmes ont été élaborés, et pour quels groupes cibles?	Existence de programmes, de services et de documents d'information pour certains groupes cibles; définition nette des groupes cibles, de leurs besoins et des résultats escomptés; description des processus de mise en oeuvre ou de distribution.	Documents des programmes qui précisent les groupes cibles; programmes, services et documents d'information qui ont été élaborés; rapports de mise en oeuvre ou d'étape; personnel des programmes.	Examen des documents; rapport d'étape; entrevues avec le personnel des programmes; entrevues avec des sources d'information clés.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
15.2 Documents et programmes qui touchent les groupes cibles ou qui sont utilisés par eux?	Preuve que les documents d'information et les programmes ont atteint les groupes cibles; preuve qu'on a les utilisés et qu'on a réalisé les résultats prévus (ex. : apprentissage de techniques et utilisation des documents dans les programmes de renoncement au tabac, nombre de gens qui assistent à ces programmes, etc.).	Documents des programmes; documents d'information existants; degré de mise en oeuvre; personnel des programmes; utilisateurs; résultats des évaluations prévues dans les programmes (si disponibles).	Examen des documents; rapport d'étape des programmes; enquête auprès des utilisateurs.
15.3 Documents et programmes pour les lieux de travail, les écoles et les lieux de réunions publiques?	Documents et programmes élaborés, documents distribués, utilisation des documents.	Documentation sur les programmes; données administratives; rapports d'étape; personnel des programmes; utilisateurs (ex. : professionnels de la santé, personnes qui donnent des soins).	Examen des documents; entrevues avec le personnel des programmes; enquête auprès des utilisateurs.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
15.4 Les documents d'information et les programmes ont-ils été élaborés en fonction des besoins déterminés?	Les besoins sont justifiés par : - des recherches financées par la SRDT ou faites par d'autres; - l'incidence du tabagisme, le nombre de cigarettes consommées, la volonté d'abandonner la cigarette, les répercussions sur la santé, les tendances à long terme.	Enquêtes nationales; recherche, dans la SRDT, sur les groupes à risque élevé et d'autres questions liées au tabagisme; ouvrages pertinents; personnel des programmes; sources d'information clés.	Examen des activités de recherche financées par la SRDT; examen de la documentation; analyse des constatations issues de diverses enquêtes; examen de la portée des programmes par rapport aux populations cibles.
15.5 Y a-t-il des groupes non touchés par la SRDT?	L'incidence du tabagisme et la consommation de tabac chez les divers groupes cibles.	Enquêtes de la SRDT et autres enquêtes; Ouvrages pertinents; Sources d'information clés.	Analyse des résultats des enquêtes; examen de la documentation; entrevues avec des sources d'information clés.
16.0 Projets d'action communautaire			
16.1 A-t-on créé des programmes et des services? Quelle importance accordent-ils à la prévention, à la protection et au renoncement au tabac? Quels sont les groupes ciblés?	Documents rédigés et programmes élaborés; sommes affectées aux projets relatifs à la prévention, au renoncement au tabac et à la protection.	Examen des programmes et des services au mois de février 1994.	Répertoire des programmes et des services de février 1994 à mars 1997.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
16.2 Est-ce que la population cible a été touchée par les projets? Quel a été l'impact de ces projets sur les groupes cibles particuliers?	Nombre et types de personnes touchées par les projets; résultats des projets (par exemple, dans le projet de renoncement au tabac, nombre de participants, % de ceux qui ont essayé d'arrêter de fumer, % de ceux qui ont réussi).	Rapports et évaluations des projets individuels; responsables des projets, intervenants et clients; documentation sur les programmes; personnel des programmes.	Examen des rapports et des évaluations des projets; enquête auprès des responsables des projets et des clients ou études de cas; entrevues avec le personnel des programmes; entrevues avec des sources d'information clés.
16.3 Les projets sont-ils conformes aux objectifs de la SRDT?	Objectifs énoncés pour les projets et résultats escomptés.	Propositions de projets; rapports des projets; mise en oeuvre des projets par rapport aux plans.	Examen des propositions de projets (projets financés); examen des rapports des projets.
16.4 Contribution à la mise en oeuvre du potentiel.	Nouveaux modèles d'application; établissement de nouveaux partenariats; nombre de projets qui se poursuivent une fois les fonds fédéraux épuisés; acquisition de compétences; réplique des modèles efficaces.	Rapports et évaluations des projets individuels; responsables des projets, intervenants et clients; documentation sur les programmes; personnel des programmes.	Examen des rapports et des évaluations des projets; enquête auprès des responsables des projets et des clients ou études de cas; entrevues avec le personnel des programmes; entrevues avec des sources d'information clés.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
17.0 La promotion par les médias			
17.1 Est-ce que la campagne médiatique a touché les groupes cibles?	% des gens qui ont vu l'annonce par groupe d'âge et selon d'autres caractéristiques.	Enquêtes de suivi de la DGPSS.	Analyse des données.
17.2 Est-ce que la campagne a eu l'effet voulu sur les groupes cibles?	Réponses aux questions sur les effets de la publicité dans les enquêtes de suivi; demandes de renseignements sur une ligne 800.	Enquêtes de suivi de la DGPSS.	Analyse des résultats des enquêtes au fil du temps.
17.3 Quel a été l'impact de la SRDT sur les médias et les autres guides d'opinion?	Commentaires, éditoriaux et articles sur la SRDT et le tabagisme (restrictions, taxes, industrie du tabac). Attitude et opinion d'autres guides d'opinion (selon les enquêtes de suivi).	Choix de certains médias imprimés et électroniques; enquêtes de suivi; sources d'information clés.	Examen et analyse de certains médias imprimés et électroniques; aalyse des données des enquêtes de suivi; entrevues avec des sources d'information clés.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
17.4 La campagne a-t-elle eu un effet quelconque sur la consommation de tabac?	La campagne médiatique mentionnée comme raison du changement de comportement vis-à-vis du tabac.	ETC, quartier 1 (avril 1994) sur les raisons d'un changement de comportement depuis janvier 1994; enquêtes de suivi; supplément de l'ENSP sur les sources d'information (1994); ETC, quartier 5 (?); Ouvrages pertinents.	Analyse statistique des données issues des sondages; examen de la documentation.
17.5 La campagne a-t-elle été coordonnée avec d'autres initiatives et les provinces?	L'échéancier et les messages ont été coordonnés avec ce qui était prévu pour les autres composantes de la SRDT.	Documents sur les programmes; contenu de la campagne médiatique et moment choisi.	Examen de la documentation; entrevues avec des sources d'information clés; entrevues avec le personnel des programmes.
18.0 La recherche			
18.1 A-t-on financé des recherches et pourquoi? Quelle en a été la proportion consacrée à la prévention, à la protection, et au renoncement au tabac?	Sommes affectées aux projets relatifs à la prévention, au renoncement au tabac, et à la protection.	Documents des programmes; description des projets; personnel des programmes.	Examen des projets de recherche; analyse de l'information financière relative aux projets; entrevues avec le personnel des programmes.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
18.2 L'information était-elle nécessaire? Était-elle de bonne qualité? A-t-elle été donnée au moment opportun?	Opinions d'experts sur les lacunes de la recherche, les recherches entreprises et les résultats; réalisation de recherches par rapport au besoin de programmes et services.	Documents relatifs aux programmes; experts; sources d'information clés; personnel des programmes; rapports des projets.	Comité d'experts; examen des résultats des projets; entrevues avec des sources d'information clés et le personnel des programmes.
18.3 Résultats de recherche utilisés pour l'élaboration des programmes et des politiques?	Connaissance et utilisation des résultats des projets par les gestionnaires des programmes et les décideurs.	Documents relatifs au programme; personnel des programmes et décideurs.	Entrevues avec les gestionnaires des programmes et les décideurs.
Les initiatives internationales			
19.0 Quelles initiatives ont été entreprises à l'échelle internationale et quels en ont été les résultats?	Projets financés; documents d'information et expertise; participation à des rencontres internationales.	Documents relatifs aux programmes; rapports de recherche; sources d'information clés; personnel des programmes.	Examen des documents; entrevues avec des sources d'information clés; entrevues avec le personnel des programmes.

QUESTIONS D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MÉTHODES
Conclusions et orientations futures			
20.0 Y a-t-il eu des retombées collatérales positives?	Synergie des résultats par rapport aux principaux objectifs de la SRDT; ex. : adoption de mesures de protection qui encouragent les gens à renoncer au tabac.	Sources d'information clés; enquêtes sur la SRDT; ouvrages pertinents.	Entrevues avec des sources d'information clés; analyse des enquêtes; examen de la documentation.
21.0 Quelles leçons en a-t-on tirées?	Opinion des sources d'information clés; résultats des évaluations; opinion du personnel des programmes.	Sources d'information clés; personnel des programmes; analyse d'autres questions.	Entrevues avec des sources d'information clés; analyse des résultats de l'évaluation; entrevues avec le personnel des programmes.
22.0 Quelle a été la meilleure méthode d'intervention? Y a-t-il de meilleures façons de réaliser les objectifs?	Résultats de l'évaluation relative à d'autres questions; opinion d'experts.	Experts; sources d'information clés; personnel des programmes; rapports d'évaluation sur les autres questions.	Comité d'experts; entrevues avec des sources d'information clés; analyse des résultats de l'évaluation d'autres questions.

ANNEXE « A »
LES COMPOSANTES DE LA SRDT

Vous trouverez, dans les pages suivantes, une description de la Stratégie de réduction de la demande de tabac telle qu'elle a été présentée au Conseil du Trésor en août 1994.

La Stratégie compte cinq grands volets :

les jeunes;
les femmes à risque élevé;
les groupes difficiles à rejoindre;
les initiatives à grande portée;
l'évaluation et la coordination.

Le tableau A.1 présente la liste des divers éléments et sous-éléments, ainsi que les ressources affectées à chacun.

Voici une brève description de chaque sous-élément. Pour une présentation détaillée de la SRDT, nous renvoyons le lecteur au document intitulé *Stratégie de réduction de la demande de tabac : Une vue d'ensemble*, préparé par la Direction générale des politiques et de la consultation.

A. Les jeunes

Une proportion importante des ressources de la SRDT sera consacrée aux programmes destinés au groupe d'âge des 10 à 19 ans. L'incidence du tabagisme augmente dans ces groupes d'âge. En fait, chez les 15 à 19 ans, elle est passé de 46 % en 1981 à 20 % en 1991, mais elle a augmenté par la suite pour atteindre 26 % en 1994. C'est aussi ce groupe qui réagirait le plus aux fluctuations du prix du tabac. La réduction du prix du tabac peut encourager les jeunes soit à commencer à fumer, soit à fumer davantage. En outre, c'est dans ce groupe d'âge que commencent à fumer ceux qui fumeront pendant longtemps.

1. La fumée ambiante/les ressources familiales

L'objectif ici est d'inciter les gens à changer leur milieu pour qu'il y soit moins facile de fumer et plus facile d'en perdre l'habitude, et pour qu'on y soit moins exposé à la fumée ambiante. La SRDT comportera des programmes qui sensibiliseront davantage les gens aux effets de la fumée du tabac sur les non-fumeurs, spécialement sur les bébés et les petits enfants, et encourageront les employeurs à adopter des politiques antitabac dans les lieux de travail.

2. L'enquête sur le tabagisme chez les jeunes

Il s'agit d'une enquête nationale chez les jeunes de 10 à 19 ans. Son objectif est de recueillir des renseignements sur l'attitude et le comportement de ce groupe d'âge relativement au tabagisme.

3. Les programmes d'information dans les écoles

La SRDT fournit des fonds pour l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes antitabac dans les écoles, et pour la préparation d'activités de formation intra-muros qui permettront aux enseignants, aux infirmières de santé publique et aux parents d'assurer l'exécution efficace des programmes antitabac.

4. Les éléments constituants du tabac et les normes

Une étude sera entreprise pour déterminer les changements de concentration des espèces toxiques à partir du moment où l'on récolte les feuilles de tabac jusqu'à la vente du produit fini aux consommateurs.

Cette étude nous fera mieux comprendre les composantes toxiques du tabac et de la fumée du tabac, de façon à pouvoir mieux renseigner fumeurs et non-fumeurs.

5. Analyse sur l'emballage

Santé Canada finance une étude pour évaluer le rôle de l'emballage et son influence sur les consommateurs, et notamment pour mieux connaître le lien entre l'emballage et le fait que les jeunes commencent à fumer.

B. Les femmes

6. Les femmes et le tabac

Entre 1995 et 1997, l'initiative sur les femmes et le tabac sera axée sur l'élaboration, l'évaluation et la diffusion de renseignements, de programmes et de ressources sur la prévention du tabagisme et le renoncement au tabac, pour aider un plus grand nombre de Canadiennes à abandonner la cigarette ou à continuer de vivre sans tabac.

L'accent sera mis sur les femmes les plus susceptibles de commencer à fumer : les adolescentes, les femmes à faible revenu et peu instruites, les femmes chefs de famille monoparentale, les femmes qui demeurent dans des régions isolées, les francophones, les Autochtones et les immigrantes.

7. **Les périodes prénatales et postnatales**

Des ressources seront consacrées à l'élaboration de programmes novateurs pour prévenir le tabagisme et inciter les fumeurs à renoncer au tabac, ainsi que pour préparer et diffuser des documents et d'autres ressources favorisant la naissance de bébés en bonne santé et leur croissance dans un milieu sans fumée.

C. Les groupes prioritaires

8. **Les groupes prioritaires**

Cet élément de programme ciblera certains groupes où le taux de tabagisme demeure très élevé, qui sont difficiles à rejoindre et qui semblent avoir bénéficié le moins des tentatives antérieures pour réduire la consommation de tabac. Il s'agit des jeunes immigrants, des gens à faible revenu, des itinérants, des gens peu instruits et des groupes autochtones.

L'objectif est de les sensibiliser davantage aux effets du tabagisme sur la santé et de mieux leur faire connaître les divers mécanismes qui existent pour mettre fin à la dépendance.

D. Les initiatives à grande portée

9. **Le Centre national de documentation**

Le Centre national de documentation sur le tabac et la santé est soutenu par les gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral et les organismes non gouvernementaux. La SRDT a augmenté les ressources fédérales affectées au Centre de documentation pendant la durée de la Stratégie, les portant à 4,3 millions de dollars pour trois ans.

10. **Les initiatives d'action communautaire**

La SRDT vise aussi à encourager, par des contributions, l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes et d'activités communautaires antitabac, tout autant pour la population en général que pour les groupes prioritaires. Une part considérable des crédits de la SRDT est consacrée à cette initiative.

11. **La sensibilisation du public et la campagne médiatique**

On organise, dans le cadre de la SRDT, une campagne nationale auprès des médias pour diffuser des messages sur les effets nocifs du tabac par la télévision, la radio, la

publicité extérieure et intérieure, ainsi que la presse écrite, en association avec les provinces et territoires, les organisations nationales non gouvernementales et le secteur privé.

Les groupes tout particulièrement ciblés sont ici les jeunes de 11 à 17 ans, les adultes et les guides d'opinion (enseignants, professionnels de la santé, chefs d'industrie et dirigeants syndicaux). On aura également recours aux médias pour rejoindre d'autres groupes cibles, comme les femmes enceintes, les groupes autochtones, etc.

L'objectif est a) de renseigner les jeunes Canadiens sur les avantages qu'il y a à ne pas fumer; b) de faire de l'absence de fumée la norme sociale; c) d'aider les jeunes à résister à la tentation du tabac.

12. L'application de la législation antitabac

En février 1994, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur la vente de tabac aux jeunes (LVTJ)*, qui a porté de 16 à 18 ans l'âge légal pour l'achat de tabac et a augmenté les amendes imposées aux détaillants qui ne respectent pas la loi.

Grâce à la SRDT, la loi sera appliquée avec plus de rigueur, car on embauchera et on formera de nouveaux inspecteurs qui veilleront exclusivement à faire respecter les lois antitabac. Le Ministère négocie aussi des ententes de collaboration sur l'application de la législation avec les provinces et d'autres organisations intéressées.

13. La recherche

Pour améliorer les programmes existants et en établir de nouveaux, et pour assurer un fondement scientifique aux politiques futures et à des initiatives réglementaires ou législatives éventuelles, la SRDT finance une foule de projets de recherche sur le comportement, les conditions économiques et l'établissement de politiques.

14. La composante internationale

Une partie des ressources affectées à la SRDT seront consacrées à intensifier la participation internationale du Canada aux activités antitabac internationales.

E. Coordination et évaluation

15. Surveillance

La surveillance de la consommation de tabac a été confiée par contrat à Statistique Canada, qui doit surveiller de près les changements dans les habitudes de consommation survenant dans les douze mois suivant l'annonce de la SRDT. Le but de cette opération est de recueillir des données détaillées à court terme par âge, sexe et région, et possiblement de faciliter l'adaptation des différentes initiatives.

16. Évaluation

Le Ministère met au point un cadre d'évaluation pour assurer l'évaluation intégrale de la SRDT en 1996-1997, sa troisième et dernière année. L'objectif à long terme de l'évaluation de la SRDT est de répartir les ressources de la façon la plus judicieuse possible pour assurer au maximum la prévention et la réduction du tabagisme. Grâce à une évaluation continue, les décideurs et les participants aux programmes bénéficieront d'information sur le rapport coût-efficacité de la Stratégie, ce qui permettra une réaffectation des crédits à l'intérieur des programmes et entre les programmes, si on le juge nécessaire.

17. Coordination et soutien

Le Ministère s'est engagé à mettre au point, si possible, des priorités nationales, des mécanismes de sollicitation et des processus communs d'examen des initiatives rattachées à la SRDT, en consultation avec les groupes provinciaux, territoriaux, nationaux et provinciaux du domaine de la santé, les établissements d'enseignement et d'autres intervenants clés.

TABLEAU 1 — STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE DE TABAC — SOMMAIRE DES INITIATIVES LIÉES À LA STRATÉGIE
En millions de dollars

COMPOSANTES	1994-1995	1995-1996	1996-1997	Totaux sur 3 ans
A. LES JEUNES				
1. Les ressources familiales et la fumée ambiante (DGPSS)	0,600	3,250	2,400	6,250
2. Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (DGPS)	1,200	0,500	0,000	1,700
3. Programmes scolaires (DGPSS)	0,450	1,500	2,050	4,000
4. Composantes et normes	0,900	0,200	0,000	1,100
5. Analyse sur l'emballage	0,350	0,000	0,000	0,350
JEUNES, TOTAL PARTIEL	3,500	5,450	4,450	13,400
B. LES FEMMES				
6. Les femmes et le tabac (DGPSS)	2,410	3,010	3,080	8,500
7. Campagne prénatale et postnatale (DGPSS)	0,500	0,750	0,750	2,000
FEMMES, TOTAL PARTIEL	2,910	3,760	3,850	10,500
C. LES GROUPES DIFFICILES À REJOINDRE				
8. Les groupes difficiles à rejoindre (DGPSS et DGSM)	2,740	6,060	4,700	13,500

D. INITIATIVES À GRANDE PORTÉE				
9. Centre national de documentation (DGPSS)	1,300	1,400	1,600	4,300
10. Initiatives d'action communautaire (DGPSS)	7,554	28,935	21,780	58,269
11. Sensibilisation du public et campagne d'information (DGPSS)	8,240	19,460	17,300	45,000
12. Application de la législation sur le tabac (DGPS)	4,097	6,277	6,072	16,446
13. Recherche (DGPS et DGSM)*	1,215	4,305	4,105	9,625
14. Composante internationale (DGPC)	0,675	1,130	1,030	2,835
INITIATIVES À GRANDE PORTÉE, TOTAL PARTIEL	23,081	61,507	51,887	136,475
E. ÉVALUATION ET COORDINATION				
15. Surveillance (DGPC)	1,000	0,300	0,000	1,300
16. Composante de l'évaluation (DGPC)	0,420	0,340	0,640	1,400
17. Coordination et soutien (dont Services juridiques)	2,349	1,959	1,767	6,075
ÉVALUATION ET COORDINATION, TOTAL PARTIEL	3,769	2,599	2,407	8,775
TOTAL, PAR ANNÉE	36,000	79,376	67,274	182,650
19 juillet 1994				
* Les recherches font partie des autres initiatives.				